四川省卫生健康委员会文件

川卫发〔2021〕11号

四川省卫生健康委员会
关于印发《四川省三级医院评审标准实施细则（2021年版）》的通知

各市（州）卫生健康委、科学城卫生健康委，国家委在川医疗机构、委直属医疗机构：

为指导医院加强自身建设和管理，促进医院实现高质量发展，更好地满足人民群众医疗服务需求，根据《国家卫生健康委关于印发三级医院评审标准（2020年版）的通知》（国卫医发〔2020〕26号）、《国家卫生健康委办公厅关于印发三级医院评审标准（2020年版）实施细则的通知》（国卫办医发〔2021〕19号）要求，我委组织专家，结合我省实际，制定了《四川省三级

医院评审标准实施细则（2021 年版）》，现印发给你们，请参照执行。

省卫生健康委医政处联系人：任秋月、李科

联系电话：028—86136360

省卫生健康委健康服务处联系人：李军花

联系电话：028—86139185

附件：四川省三级医院评审标准实施细则（2021 年版）

四川省卫生健康委员会

2021 年 12 月 3 日

附件

四川省三级医院评审标准实施细则（2021 年版）

为增强国家卫生健康委《三级医院评审标准（2020 年版）》操作性，指导医院加强日常管理和质量持续改进，依据国家卫生健康委《三级医院评审标准（2020 年版）实施细则》制定本细则。

一、基本概况

本细则共设置 3 部分 83 节 590 条。适用于四川省各类三级医院，二级医院可参照使用。

第一部分前置要求。共设置 4 节 30 条，其中国家标准 25 条，结合本省实际增加 5 条，包括公共卫生职责（发热门诊规范建设和核酸检测能力）、不良执业行为记分、县级医院服务能力评估结果、三级公立医院绩效考核、电子病历评级等方面。评审周期为四年，医院在评审周期内发生一项及以上情形的，延期一年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。

第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据。共设置 5 章 55 节 377 条，第一章资源配置与运行 6 节 27 条，第二章医疗服务能力与医院质量安全指标 3 节 46 条，第三章重点专业质量控

制指标 13 节 132 条，第四章单病种（术种）质量控制指标 51 节 255 条，由医院自行选填 31 个单病种（术种），各监测 5 条指标（病例上报率、平均住院日、次均费用、病死率、手术患者并发症发生率，合计 31 节 155 条）。第五章重点医疗技术临床应用质量控制指标 2 节 17 条，其中国家 15 项限制类医疗技术设置设为可选项，根据评审医院实际开展此类技术情况，纳入评审范围；从人体器官捐献、获取与移植技术中选取向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比、实现器官捐献的人数与院内死亡人数之比 2 项指标作为考核指标。

第三部分现场检查。共设置 3 章 24 节 183 条 757 款，包含医院功能与任务、临床服务质量与安全管理、医院管理相关内容。其中，设置了 22 个条款为可选项，主要为医疗技术、分娩、手术、精神专科、传染病、介入、血液净化等相关内容。针对不同类别专科医院，参照医疗机构基本标准明确的设置内容进行评审。

二、赋分与计分规则

（一）赋分规则。实行“千分制”，即总分 1000 分，第一部分为一票否决项，第二部分 600 分，第三部分 400 分。第二部分在规模类和配置类指标方面，执行“全或无”规则，达到标准予以“满分”，否则计为“零分”；连续监测指标按照“区间赋分兼顾持续改进”原则给分，指标国家有明确规定的，采用国家规定

的指标要求，若无则采用我省数据作为参考，部分指标可采取监测得分。第三部分按照现场检查的各条款符合程度给分。针对可能由于区域卫生规划与医院功能任务的限制，或是由政府特别控制，需要审批，而不能自行决定即可开展的项目，相关医院根据实际情况可作为可选项，分子分母均不计入分值。

（二）评审结果判定规则。评审按照细则三个部分依次进行评价，评审过程中任意一个环节评价为“不合格”，则不进入下一环节评审，评审结果为“不合格”。采取“不计总分、第二、三部分结合”的方式，判定相应等次必须同时满足以下两个条件：甲等，第二部分不低于 85%、第三部分不低于 90%；乙等，第二、三部分均不低于 80%；否则判定为不合格。民族自治地区医院第二、三部分合格标准各降低 10 个百分点。评审结果不合格的医院予“黄牌”警告，限期整改一年后再次评审，仍不合格的予“红牌”，取消原等次，按照“未定等”管理。

三、数据采集方式

医院评审数据采集依托于省卫生健康信息中心建立的“四川省医院等级评审数据采集系统”（简称“等评系统”）。等评系统数据采集有两种方式，一是各医疗机构已经在四川省卫生健康统计数据综合采集与决策支持系统（简称“直报系统”）、四川省卫生健康人力资源管理系统（简称“人力资源系统”）中上报的统计年报、病案首页、人力个案等数据，将通过信息化手段直接导

入等评系统，医疗机构不可修改；二是直报系统、人力资源系统暂未采集的数据，由各医疗机构在等评系统中直接填报。

四、现场核查原则与结果应用

（一）现场检查时将对部分前置要求、医疗服务能力与质量安全监测数据进行核查，核查数据比例不低于医疗机构上报数据的 60%。

（二）医疗机构应当根据现场评审专家组的要求，按照数据核查准备指引提供相关资料备查。

（三）发现前置要求不属实，直接停止评审，评定为不合格；发现医疗服务能力与质量安全监测数据 5 项及以上不属实，则评审停止，评定为不合格。

目　录

第一部分　前置要求 8

一、依法设置与执业 8

二、公益性责任和行风诚信 10

三、安全管理与重大事件 10

四、综合管理 11

第二部分　医疗服务能力与质量安全监测数据 12

第一章资源配置与运行数据指标 12

第二章医疗服务能力与医院质量安全指标 13

第三章重点专业质量控制指标 15

第四章单病种（术种）质量控制指标 24

第五章重点医疗技术临床应用质量控制指标 32

第三部分　现场检查与安全管理 38

第一章医院功能与任务 38

第二章临床服务质量与安全管理 46

第三章医院管理 117

第一部分　前置要求

一、依法设置与执业

（一）医院规模和基本设置未达到《医疗机构管理条例》《医疗机构基本标准（试行）》所要求的医院标准。

（二）违反《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗机构管理条例》，伪造、变造、买卖、出租、出借《医疗机构执业许可证》；医院命名不符合《医疗机构管理条例实施细则》等有关规定，未按时校验、拒不校验或有暂缓校验记录，擅自变更诊疗科目或有诊疗活动超出诊疗科目登记范围；政府举办的医疗卫生机构与其他组织投资设立非独立法人资格的医疗卫生机构；医疗卫生机构对外出租、承包医疗科室；非营利性医疗卫生机构向出资人、举办者分配或变相分配收益。

（三）违反《中华人民共和国执业医师法》《医疗机构管理条例》《护士条例》，使用非卫生技术人员从事医疗卫生技术工作。

（四）违反《中华人民共和国药品管理法》《医疗器械监督管理条例》，违法违规采购或使用药品、设备、器械、耗材开展诊疗活动，造成严重后果；未经许可配置使用需要准入审批的大型医用设备。

（五）违反《中华人民共和国母婴保健法》，未取得母婴保健技术服务执业许可证开展相关母婴保健技术。

（六）违反《人体器官移植条例》，买卖人体器官或者从事与买卖人体器官有关的活动，未经许可开展人体器官获取与移植技术。

（七）违反《中华人民共和国献血法》，非法采集血液，非法组织他人出卖血液，出售无偿献血的血液。

（八）违反《中华人民共和国传染病防治法》，造成传染病传播、流行或其他严重后果；或其他重大医疗违规事件，造成严重后果或情节严重；卫生健康行政部门或监督执法机构近两年来对其进行传染病防治分类监督综合评价为重点监督单位（以两年来最近一次评价结果为准）。

（九）违反《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗事故处理条例》，篡改、伪造、隐匿、毁灭病历资料，造成严重后果。

（十）违反《医疗技术临床应用管理办法》，将未通过技术评估与伦理审查的医疗新技术、禁止类医疗技术应用于临床，造成严重后果。

（十一）违反《麻醉药品和精神药品管理条例》《易制毒化学品管理条例》《处方管理办法》，违规购买、储存、调剂、开具、登记、销毁麻醉药品和第一类精神药品，使用未取得处方权的人员或被取消处方权的医师开具处方，造成严重后果。

（十二）违反《放射诊疗管理规定》，未取得放射诊疗许可从事放射诊疗工作，造成严重后果。

（十三）违反《中华人民共和国职业病防治法》，未依法开

展职业健康检查或职业病诊断、未依法履行职业病与疑似职业病报告等法定职责，造成严重后果。

（十四）违反《中华人民共和国广告法》《医疗广告管理办法》，违规发布医疗广告，情节严重。

（十五）其他重大违法、违规事件，造成严重后果或情节严重。

二、公益性责任和行风诚信

（一）应当完成而未完成对口支援、中国援外医疗队、突发公共事件医疗救援、公共卫生任务等政府指令性工作。

（二）应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。

（三）医院领导班子发生 3 起以上严重职务犯罪或严重违纪事件，或医务人员发生 3 起以上违反《医疗卫生行风建设“九不准”》的群体性事件（≥3 人/起），造成重大社会影响。

（四）发生重大价格或收费违法事件，以及恶意骗取医保基金。

（五）违反《中华人民共和国统计法》《医疗质量管理办法》《医学科研诚信和相关行为规范》相关要求，提供、报告虚假住院病案首页等医疗服务信息、统计数据、申报材料和科研成果，情节严重。

三、安全管理与重大事件

（一）发生定性为完全责任的一级医疗事故或直接被卫生健

康行政部门判定的重大医疗事故。

（二）发生重大医院感染事件，造成严重后果。

（三）发生因重大火灾、放射源泄漏、有害气体泄漏等被通报或处罚的重大安全事故。

（四）发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。

（五）发生大规模医疗数据泄露或其他重大网络安全事件，造成严重后果。

四、综合管理

（一）二级及以上综合医院、儿童专科医院、传染病专科医院发热门诊建设未达标；二级及以上综合医院、传染病专科医院新冠病毒核酸检测能力未达标。

（二）评审周期内医疗机构不良执业行为记分任意一年累计达到或超过 12 分；评审周期内三年累计达到或者超过 36 分。

（三）县级医院医疗服务能力评估结果，二级县级医院未达到基本标准，三级县级医院未达到推荐标准。

（四）参加评审前连续两年国家三级公立医院绩效考核国家监测指标等级未达到 B 级。

（五）电子病历系统应用水平分级评价三级医院未达到 4 级以上，二级医院未达到 3 级以上。

第二部分
医疗服务能力与质量安全监测数据

序号	评审要点		
第一章 资源配置与运行数据指标			
1	床位配置		核定床位数
2			实际开放床位数
3			平均床位使用率
4	卫生技术人员配备		卫生技术人员数与开放床位数比
5			全院护士人数与开放床位数比
6			病区护士人数与开放床位数比
7			医院感染管理专职人员数与开放床位数比
8	相关科室资源配置	急诊医学科	固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例
9			固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例
10		重症医学科	重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例
11			重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比
12			重症医学科护士人数与重症医学科开放床位数比
13		麻醉科	麻醉科医师数与手术间数比
14			麻醉科医师数与日均全麻手术台次比
15		中医科	中医科开放床位数占医院开放床位数的比例
16			中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比
17			中医科护士人数与中医科开放床位数比
18		康复医学科	康复科开放床位数占医院开放床位数的比例
19			康复科医师人数与康复科开放床位数比
20			康复科康复师人数与康复科开放床位数比
21			康复科护士人数与康复科开放床位数比
22		感染性疾病科	固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例
23			固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例
24			感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例
25			可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例
26	运行指标		相关手术科室年手术人次占其出院人次比例
27			人员支出占业务支出的比重
28	科研指标		新技术临床转化数量
29			取得临床相关国家专利数量

<table>
<tr><th>序号</th><th colspan="4">评审要点</th></tr>
<tr><td>30</td><td rowspan="11">其他指标</td><td>麻醉专业医疗质量控制指标(2015 年版)</td><td colspan="2">麻醉科医患比</td></tr>
<tr><td>31</td><td rowspan="2">急诊专业医疗质量控制指标（2015 年版）</td><td colspan="2">急诊科医患比</td></tr>
<tr><td>32</td><td colspan="2">急诊科护患比</td></tr>
<tr><td>33</td><td rowspan="2">病理专业医疗质量控制指标（2015 年版）</td><td colspan="2">每百张病床病理医师数</td></tr>
<tr><td>34</td><td colspan="2">每百张病床病理技术人员数</td></tr>
<tr><td>35</td><td>临床用血质量控制指标（2019 年版）</td><td colspan="2">每千单位用血输血专业技术人员数</td></tr>
<tr><td>36</td><td rowspan="3">护理专业医疗质量控制指标（2020 年版）</td><td>床护比</td><td>儿科病区床护比</td></tr>
<tr><td rowspan="2">37</td><td rowspan="2">不同级别护士配置占比</td><td>病区 5 年以下护士占比</td></tr>
<tr><td>病区 20 年及以上护士占比</td></tr>
<tr><td>38</td><td rowspan="2">药事管理专业医疗质量控制指标(2020 年版)</td><td colspan="2">药学专业技术人员占比</td></tr>
<tr><td>39</td><td colspan="2">每百张床位临床药师人数</td></tr>
<tr><td colspan="5">第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标</td></tr>
<tr><td>40</td><td rowspan="6">医疗服务能力</td><td colspan="3">收治病种数量（ICD-10 四位亚目数量）</td></tr>
<tr><td>41</td><td colspan="3">住院术种数量（ICD-9-CM-3 四位亚目数量）</td></tr>
<tr><td>42</td><td colspan="3">DRG-DRGs 组数</td></tr>
<tr><td>43</td><td colspan="3">DRG-CMI</td></tr>
<tr><td>44</td><td colspan="3">DRG 时间指数</td></tr>
<tr><td>45</td><td colspan="3">DRG 费用指数</td></tr>
<tr><td>46</td><td rowspan="16">医院质量指标</td><td rowspan="13">年度国家医疗质量安全目标改进情况</td><td colspan="2">提高急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率</td></tr>
<tr><td>47</td><td colspan="2">提高急性脑梗死再灌注治疗率</td></tr>
<tr><td>48</td><td colspan="2">提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率</td></tr>
<tr><td>49</td><td colspan="2">提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率</td></tr>
<tr><td rowspan="2">50</td><td rowspan="2">提高静脉血栓栓塞症规范预防率</td><td>VTE 风险评估率</td></tr>
<tr><td>采取恰当预防措施比率</td></tr>
<tr><td rowspan="2">51</td><td rowspan="2">提高病案首页主要诊断编码正确率</td><td>病案首页主要诊断编码正确率</td></tr>
<tr><td>病案首页主要诊断选择正确率</td></tr>
<tr><td rowspan="2">52</td><td rowspan="2">提高医疗质量安全不良事件报告率</td><td>床均医疗质量安全不良事件报告件数</td></tr>
<tr><td>每百名出院人次医疗质量安全不良事件报告件数</td></tr>
<tr><td>53</td><td colspan="2">降低住院患者静脉输液使用率</td></tr>
<tr><td>54</td><td colspan="2">降低血管内导管相关血流感染发生率</td></tr>
<tr><td>55</td><td colspan="2">降低阴道分娩并发症发生率</td></tr>
<tr><td>56</td><td colspan="3">患者住院总死亡率</td></tr>
<tr><td>57</td><td colspan="3">新生儿患者住院死亡率</td></tr>
<tr><td>58</td><td colspan="3">手术患者住院死亡率</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>序号</th><th colspan="3">评审要点</th></tr>
<tr><td>59</td><td rowspan="5">医院质量指标</td><td colspan="2">住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率</td></tr>
<tr><td>60</td><td colspan="2">手术患者术后 48 小时内非预期重返手术室再次手术率</td></tr>
<tr><td>61</td><td colspan="2">手术患者术后 31 天内非预期重返手术室再次手术率</td></tr>
<tr><td>62</td><td colspan="2">ICD 低风险病种患者住院死亡率(第一诊断为以下编码的患者，可以同时存在其他诊断)</td></tr>
<tr><td>63</td><td colspan="2">DRGs 低风险组患者住院死亡率</td></tr>
<tr><td>64</td><td rowspan="29">医疗安全指标（年度医院获得性指标）</td><td colspan="2">手术患者手术后肺栓塞发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>65</td><td colspan="2">手术患者手术后深静脉血栓发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>66</td><td colspan="2">手术患者手术后败血症发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>67</td><td colspan="2">手术患者手术后出血或血肿发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>68</td><td colspan="2">手术患者手术伤口裂开发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>69</td><td colspan="2">手术患者手术后猝死发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>70</td><td colspan="2">手术患者手术后呼吸衰竭发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>71</td><td colspan="2">手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>72</td><td colspan="2">与手术/操作相关感染发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>73</td><td colspan="2">手术过程中异物遗留发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>74</td><td colspan="2">手术患者麻醉并发症发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>75</td><td colspan="2">手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>76</td><td colspan="2">手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>77</td><td colspan="2">手术后急性肾衰竭发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>78</td><td rowspan="8">各系统/器官术后并发症发生例数和发生率</td><td>消化系统术后并发症发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>79</td><td>循环系统术后并发症发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>80</td><td>神经系统术后并发症发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>81</td><td>眼和附器术后并发症发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>82</td><td>耳和乳突术后并发症发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>83</td><td>肌肉骨骼系统术后并发症发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>84</td><td>泌尿生殖系统术后并发症发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>85</td><td>口腔系统术后并发症发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>86</td><td rowspan="4">植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数和发生率</td><td>心脏和血管植入物的并发症发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>87</td><td>泌尿生殖道植入物的并发症发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>88</td><td>骨科植入物的并发症发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>89</td><td>其他植入物的并发症发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>90</td><td colspan="2">移植的并发症发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>91</td><td colspan="2">再植和截肢的并发症发生例数和发生率</td></tr>
<tr><td>92</td><td colspan="2">介入操作与手术后患者其他并发症发生例数和发生率</td></tr>
</table>

序号	评审要点		
93	医疗安全指标（年度医院获得性指标）	新生儿产伤发生例数和发生率	
94		阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数和发生率	
95		剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数和发生率	
96		2 期及以上院内压力性损伤发生例数和发生率	
97		输注反应发生例数和发生率	
98		输血反应发生例数和发生率	
99		医源性气胸发生例数和发生率	
100		住院患者医院内跌倒/坠床所致髋部骨折发生例数和发生率	
101		住院 ICU 患者呼吸机相关性肺炎发生例数和发生率	
102		住院 ICU 患者血管导管相关性感染发生例数和发生率	
103		住院 ICU 患者导尿管相关性尿路感染发生例数和发生率	
104		临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例数和发生率	全身性抗菌药物的有害效应发生例数和发生率
105			降血糖药物的有害效应发生例数和发生率
106			抗肿瘤药物的有害效应发生例数和发生率
107			抗凝剂的有害效应发生例数和发生率
108			镇痛药和解热药的有害效应发生例数和发生率
109			心血管系统用药的有害效应发生例数和发生率
110			X 线造影剂及其他诊断性制剂的有害效应发生例数和发生率
111		血液透析所致并发症发生例数和发生率	
第三章 重点专业质量控制指标			
112	麻醉专业医疗质量控制指标(2015 年版)	各 ASA 分级麻醉患者比例	P1 级麻醉患者比例
			P2 级麻醉患者比例
			P3 级麻醉患者比例
			P4 级麻醉患者比例
113		急诊非择期麻醉比例	
114		各类麻醉方式比例	椎管内麻醉患者比例
			插管全麻患者比例
			非插管全麻患者比例
			复合麻醉患者比例
			其他麻醉方式患者比例
115		麻醉开始后手术取消率	
116		麻醉后监测治疗室（PACU）转出延迟率	

<table>
<tr><th>序号</th><th colspan="3">评审要点</th></tr>
<tr><td>117</td><td rowspan="7">麻醉专业医疗质量控制指标(2015年版)</td><td colspan="2">PACU入室低体温率</td></tr>
<tr><td>118</td><td colspan="2">非计划转入ICU率</td></tr>
<tr><td>119</td><td colspan="2">非计划二次气管插管率</td></tr>
<tr><td>120</td><td colspan="2">麻醉开始后24小时内死亡率</td></tr>
<tr><td>121</td><td colspan="2">麻醉开始后24小时内心跳骤停率</td></tr>
<tr><td>122</td><td colspan="2">术中自体血输注率</td></tr>
<tr><td>123</td><td colspan="2">麻醉期间严重过敏反应发生率</td></tr>
<tr><td rowspan="2">124</td><td rowspan="11">重症医学专业医疗质量控制指标（2015年版）</td><td rowspan="2">ICU患者收治率和ICU患者收治床日率</td><td>ICU患者收治率</td></tr>
<tr><td>ICU患者收治床日率</td></tr>
<tr><td>125</td><td colspan="2">急性生理与慢性健康评分（APACHEⅡ评分）≥15分患者收治率（入ICU24小时内）</td></tr>
<tr><td>126</td><td colspan="2">ICU抗菌药物治疗前病原学送检率</td></tr>
<tr><td>127</td><td colspan="2">ICU深静脉血栓（DVT）预防率</td></tr>
<tr><td>128</td><td colspan="2">ICU患者预计病死率</td></tr>
<tr><td>129</td><td colspan="2">ICU患者标化病死指数</td></tr>
<tr><td>130</td><td colspan="2">ICU非计划气管插管拔管率</td></tr>
<tr><td>131</td><td colspan="2">ICU气管插管拔管后48h内再插管率</td></tr>
<tr><td>132</td><td colspan="2">非计划转入ICU率</td></tr>
<tr><td>133</td><td colspan="2">转出ICU后48h内重返率</td></tr>
<tr><td rowspan="4">134</td><td rowspan="12">急诊专业医疗质量控制指标（2015年版）</td><td rowspan="4">急诊各级患者比例</td><td>急诊Ⅰ级病情患者比例</td></tr>
<tr><td>急诊Ⅱ级病情患者比例</td></tr>
<tr><td>急诊Ⅲ级病情患者比例</td></tr>
<tr><td>急诊Ⅳ级病情患者比例</td></tr>
<tr><td>135</td><td colspan="2">抢救室滞留时间中位数</td></tr>
<tr><td rowspan="2">136</td><td rowspan="2">急性心肌梗死（STEMI）患者平均门药时间及门药时间达标率</td><td>急性心肌梗死（STEMI）患者平均门药时间</td></tr>
<tr><td>急性心肌梗死（STEMI）患者门药时间达标率</td></tr>
<tr><td rowspan="2">137</td><td rowspan="2">急性心肌梗死（STEMI）患者平均门球时间及门球时间达标率</td><td>急性心肌梗死（STEMI）患者平均门球时间</td></tr>
<tr><td>急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间达标率</td></tr>
<tr><td>138</td><td colspan="2">急诊抢救室患者死亡率</td></tr>
<tr><td>139</td><td colspan="2">急诊手术患者死亡率</td></tr>
<tr><td>140</td><td colspan="2">ROSC成功率</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>序号</th><th colspan="3">评审要点</th></tr>
<tr><td>141</td><td rowspan="28">临床检验专业医疗质量控制指标（2015年版）</td><td colspan="2">标本类型错误率</td></tr>
<tr><td>142</td><td colspan="2">标本容器错误率</td></tr>
<tr><td>143</td><td colspan="2">标本采集量错误率</td></tr>
<tr><td>144</td><td colspan="2">血培养污染率</td></tr>
<tr><td>145</td><td colspan="2">抗凝标本凝集率</td></tr>
<tr><td rowspan="3">146</td><td rowspan="3">检验前周转时间中位数</td><td>全部急诊标本的检验前周转时间中位数</td></tr>
<tr><td>全部门诊标本的检验前周转时间中位数</td></tr>
<tr><td>全部住院标本的检验前周转时间中位数</td></tr>
<tr><td>147</td><td colspan="2">室内质控项目开展率</td></tr>
<tr><td>148</td><td colspan="2">室内质控项目变异系数不合格率</td></tr>
<tr><td>149</td><td colspan="2">室间质评项目参加率</td></tr>
<tr><td>150</td><td colspan="2">室间质评项目不合格率</td></tr>
<tr><td>151</td><td colspan="2">实验室间比对率（用于无室间质评计划检验项目）</td></tr>
<tr><td rowspan="12">152</td><td rowspan="12">实验室内周转时间中位数</td><td>急诊生化（血钾）</td></tr>
<tr><td>急诊肌钙蛋白 I 或肌钙蛋白 T</td></tr>
<tr><td>急诊血常规（白细胞计数）</td></tr>
<tr><td>急诊凝血（国际标准化比值 INR）</td></tr>
<tr><td>门诊生化（血糖）</td></tr>
<tr><td>门诊生化（丙氨酸氨基转移酶）</td></tr>
<tr><td>门诊血常规（白细胞计数）</td></tr>
<tr><td>门诊尿常规</td></tr>
<tr><td>门诊凝血（APTT）</td></tr>
<tr><td>住院生化（丙氨酸氨基转移酶）</td></tr>
<tr><td>住院免疫（乙肝表面抗原）</td></tr>
<tr><td>住院血常规（白细胞计数）</td></tr>
<tr><td>153</td><td colspan="2">检验报告不正确率</td></tr>
<tr><td>154</td><td colspan="2">危急值通报率</td></tr>
<tr><td>155</td><td colspan="2">危急值通报及时率</td></tr>
<tr><td>156</td><td rowspan="6">病理专业医疗质量控制指标（2015年版）</td><td colspan="2">标本规范化固定率</td></tr>
<tr><td>157</td><td colspan="2">HE 染色切片优良率</td></tr>
<tr><td>158</td><td colspan="2">免疫组化染色切片优良率</td></tr>
<tr><td>159</td><td colspan="2">术中快速病理诊断及时率</td></tr>
<tr><td>160</td><td colspan="2">组织病理诊断及时率</td></tr>
<tr><td>161</td><td colspan="2">细胞病理诊断及时率</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>序号</th><th colspan="3">评审要点</th></tr>
<tr><td>162</td><td rowspan="5">病理专业医疗质量控制指标（2015年版）</td><td colspan="2">各项分子病理检测室内质控合格率</td></tr>
<tr><td>163</td><td colspan="2">免疫组化染色室间质评合格率</td></tr>
<tr><td>164</td><td colspan="2">各项分子病理室间质评合格率</td></tr>
<tr><td>165</td><td colspan="2">细胞学病理诊断质控符合率</td></tr>
<tr><td>166</td><td colspan="2">术中快速诊断与石蜡诊断符合率</td></tr>
<tr><td>167</td><td rowspan="22">医院感染管理医疗质量控制指标（2015年版）</td><td colspan="2">医院感染发病（例次）率</td></tr>
<tr><td>168</td><td colspan="2">医院感染现患（例次）率</td></tr>
<tr><td>169</td><td colspan="2">医院感染病例漏报率</td></tr>
<tr><td rowspan="5">170</td><td rowspan="5">多重耐药菌感染发现率</td><td>耐碳青霉烯类肠杆菌科细菌（CRE）</td></tr>
<tr><td>耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）</td></tr>
<tr><td>耐万古霉素肠球菌（VRE）</td></tr>
<tr><td>耐碳青霉烯鲍曼不动杆菌（CRABA）</td></tr>
<tr><td>耐碳青霉烯铜绿假单胞菌（CRPAE）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">171</td><td rowspan="5">多重耐药菌感染检出率</td><td>耐碳青霉烯类肠杆菌科细菌（CRE）</td></tr>
<tr><td>耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）</td></tr>
<tr><td>耐万古霉素肠球菌（VRE）</td></tr>
<tr><td>耐碳青霉烯鲍曼不动杆菌（CRABA）</td></tr>
<tr><td>耐碳青霉烯铜绿假单胞菌（CRPAE）</td></tr>
<tr><td>172</td><td colspan="2">医务人员手卫生依从率</td></tr>
<tr><td>173</td><td colspan="2">住院患者抗菌药物使用率</td></tr>
<tr><td>174</td><td colspan="2">抗菌药物治疗前病原学送检率</td></tr>
<tr><td>175</td><td colspan="2">I 类切口手术部位感染率</td></tr>
<tr><td>176</td><td colspan="2">血管内导管相关血流感染发病率</td></tr>
<tr><td>177</td><td colspan="2">呼吸机相关肺炎发病率</td></tr>
<tr><td>178</td><td colspan="2">导尿管相关泌尿系感染发病率</td></tr>
<tr><td>179</td><td rowspan="7">临床用血质量控制指标（2019年版）</td><td colspan="2">《临床输血申请单》合格率</td></tr>
<tr><td>180</td><td colspan="2">受血者标本血型复查率</td></tr>
<tr><td>181</td><td colspan="2">输血相容性检测项目室内质控率</td></tr>
<tr><td>182</td><td colspan="2">输血相容性检测室间质评项目参加率</td></tr>
<tr><td>183</td><td colspan="2">千输血人次输血不良反应上报例数</td></tr>
<tr><td>184</td><td colspan="2">手术患者自体输血率</td></tr>
<tr><td>185</td><td colspan="2">出院患者人均用血量</td></tr>
</table>

序号	评审要点		
186	呼吸内科专业医疗质量控制指标（2019 年版）	急性肺血栓栓塞症（PTE）患者确诊检查比例	
187		急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查比例	
188		急性 PTE 患者行危险分层相关检查比例	
189		住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者比例	
190		急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗比例	
191		急性 PTE 患者住院病死率	
192		急性 PTE 患者住院期间发生大出血比例	
193		慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例	
194		慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例	
195		慢阻肺急性加重患者住院期间心电图检查比例	
196		慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例	
197		慢阻肺急性加重患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例	
198		慢阻肺急性加重患者住院期间雾化吸入支气管扩张剂应用比例	
199		慢阻肺急性加重患者住院病死率	
200		使用有创机械通气的慢阻肺急性加重患者病死率	
201		住院成人社区获得性肺炎（CAP）患者进行 CAP 严重程度评估的比例	
202		低危 CAP 患者住院比例	
203		CAP 患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例	
204		CAP 患者住院病死率	
205		住院 CAP 患者接受机械通气的比例	
206	产科专业医疗质量控制指标（2019 年版）	剖宫产/初产妇剖宫产率	剖宫产率
			初产妇剖宫产率
207		阴道分娩椎管内麻醉使用率	
208		早产/早期早产率	早产率
			早期早产率
209		巨大儿发生率	
210		严重产后出血发生率	
211		严重产后出血患者输血率	
212		孕产妇死亡活产比	
213		妊娠相关子宫切除率	
214		产后或术后非计划再次手术率	
215		足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分＜7 分发生率	

序号	评审要点		
216	神经系统疾病医疗质量控制指标（2020年版）	癫痫与惊厥癫痫持续状态	癫痫发作频率记录率
217			抗癫痫药物规范服用率
218			抗癫痫药物严重不良反应发生率
219			癫痫患者病因学检查完成率
220			癫痫患者精神行为共患病筛查率
221			育龄期女性癫痫患者妊娠宣教执行率
222			癫痫患者择期手术在院死亡率
223			癫痫患者术后并发症发生率
224			癫痫患者术后病理明确率
225			癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率
226			惊厥性癫痫持续状态发作控制率
227			惊厥性癫痫持续状态初始治疗标准方案应用率
228			难治性惊厥性癫痫持续状态患者麻醉药物应用率
229			难治性惊厥性癫痫持续状态患者气管插管或机械通气应用率
230			在院惊厥性癫痫持续状态患者脑电监测率
231			在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率
232			在院惊厥性癫痫持续状态患者脑脊液检查率
233			在院期间惊厥性癫痫持续状态患者病因明确率
234			惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率
235		脑梗死	脑梗死患者神经功能缺损评估率
236			发病 24 小时内脑梗死患者急诊就诊 30 分钟内完成头颅 CT 影像学检查率
237			发病 24 小时内脑梗死患者急诊就诊 45 分钟内临床实验室检查完成率
238			发病 4.5 小时内脑梗死患者静脉溶栓率
239			静脉溶栓的脑梗死患者到院到给药时间小于 60 分钟的比例
240			发病 6 小时内前循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内治疗率
241			脑梗死患者入院 48 小时内抗血小板药物治疗率
242			非致残性脑梗死患者发病 24 小时内双重强化抗血小板药物治疗率
243			不能自行行走的脑梗死患者入院 48 小时内深静脉血栓预防率
244			脑梗死患者住院 7 天内血管评价率
245			住院期间脑梗死患者他汀类药物治疗率
246			住院期间合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率
247			脑梗死患者吞咽功能筛查率

序号	评审要点			
248	神经系统疾病医疗质量控制指标（2020年版）	脑梗死	脑梗死患者康复评估率	
249			出院时脑梗死患者抗栓/他汀类药物治疗率	出院时脑梗死患者抗栓治疗率
				出院时脑梗死患者他汀类药物治疗率
250			出院时合并高血压/糖尿病/房颤的脑梗死患者降压/降糖药物/抗凝治疗率	出院时合并高血压的脑梗死患者降压治疗率
				出院时合并糖尿病的脑梗死患者降糖药物治疗率
				出院时合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率
251			脑梗死患者住院死亡率	
252			发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗率	
253			发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗术前影像学评估率	
254			发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 90 分钟内完成动脉穿刺率	
255			发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 60 分钟内成功再灌注率	
256			发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻再通率	
257			发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术中新发部位栓塞发生率	
258			发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后症状性颅内出血发生率	
259			发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后死亡率	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间死亡率
260		帕金森病	住院帕金森病患者完成头颅 MRI 或 CT 检查率	
261			住院帕金森病患者进行急性左旋多巴试验评测率	
262			住院帕金森病患者进行临床分期的比例	
263			住院帕金森病患者全面神经功能缺损评估率	
264			住院帕金森病患者运动并发症筛查率	
265			住院帕金森病患者认知功能障碍筛查率	
266			住院帕金森病体位性低血压筛查率	
267			合并运动并发症的住院帕金森病患者 DBS 适应症筛选评估率	
268			住院帕金森病患者康复评估率	
269			住院帕金森病患者焦虑症状和抑郁症状筛查率	

序号	评审要点			
270	系统疾病医疗质量控制指标（2020年版）	颈动脉支架置入术	颈动脉支架置入术患者术前 mRS 评估率	
271			颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率	
272			颈动脉支架置入术手术指征符合率	无症状颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率
				症状性颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率
273			颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗率	颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗率
				颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗率
274			颈动脉支架置入术保护装置使用率	
275			颈动脉支架置入术技术成功率	
276			颈动脉支架置入术并发症发生率	
277			颈动脉支架置入术患者出院规范化药物治疗率	颈动脉支架置入术患者出院双重抗血小板药物治疗率
				颈动脉支架置入术患者出院他汀类药物治疗率
				合并高血压的颈动脉支架置入术患者出院降压药物治疗率
				合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者出院降糖药物治疗率
278			颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率	颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡发生率
				颈动脉支架置入术患者术后 30 天卒中和死亡发生率
279		脑血管造影术	脑血管造影术（DSA）前无创影像评估率	
280			脑血管造影术中非离子型对比剂应用率	
281			脑血管造影术造影时相完整率	
282			脑血管造影术造影阳性率	
283			脑血管造影术严重并发症发生率	
284			脑血管造影术穿刺点并发症发生率	
285			脑血管造影术死亡率	
286	肾病专业医疗质量控制指标（2020年版）	IgA 肾病	肾活检患者术前检查完成率	
287			肾脏病理切片染色规范率	
288			IgA 肾病患者病理分型诊断率	
289			IgA 肾病患者随访完成率	
290		血液净化技术	治疗室消毒合格率	血液透析治疗室消毒合格率
				腹膜透析治疗室消毒合格率
291			透析用水生	透析用水细菌污染检验合格率

序号	评审要点			
	肾病专业医疗质量控制指标（2020年版）	血液净化技术	物污染检验合格率	透析用水内毒素污染检验合格率
292			新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率	
293			维持性血液透析患者血源性传染病标志物定时检验完成率	
294			维持性血液透析患者的乙型肝炎和丙型肝炎发病率	
295			血液透析患者尿素清除指数（Kt/V）和尿素下降率（URR）控制率	
296			腹膜透析患者尿素清除指数（Kt/V）及总内生肌酐清除率（Ccr）控制率	
297			维持性血液透析患者的动静脉内瘘长期使用率	
298			腹膜透析患者腹膜平衡试验记录定时完成率	
299			透析患者血常规定时检验率	维持性血液透析患者血常规定时检验完成率
				腹膜透析患者血常规定时检验完成率
300			透析患者血液生化定时检验率	维持性血液透析患者血液生化定时检验完成率
				腹膜透析患者血液生化定时检验完成率
301			透析患者全段甲状旁腺素(iPTH)定时检验完成率	维持性血液透析患者 iPTH 定时检验完成率
				腹膜透析患者 iPTH 定时检验完成率
302			透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率	维持性血液透析患者血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率
				腹膜透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率
303			透析患者高血压控制率	维持性血液透析患者高血压控制率
304			透析患者肾性贫血控制率	维持性血液透析患者肾性贫血控制率
				腹膜透析患者肾性贫血控制率
305			透析患者血清白蛋白控制率	维持性血液透析患者血清白蛋白控制率
				腹膜透析患者血清白蛋白控制率
306	护理专业医疗质量控制指标（2020年版）	每住院患者24小时平均护理时数		
307		护士离职率		
308		住院患者身体约束率		
309		住院患者跌倒发生率	住院患者跌倒发生率	
			住院患者跌倒伤害占比	

<table>
<tr><th>序号</th><th colspan="3">评审要点</th></tr>
<tr><td>310</td><td rowspan="14">护理专业医疗质量控制指标（2020年版）</td><td colspan="2">住院患者2期及以上院内压力性损伤发生率</td></tr>
<tr><td rowspan="5">311</td><td rowspan="5">置管患者非计划拔管率</td><td>气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管率</td></tr>
<tr><td>经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率</td></tr>
<tr><td>导尿管非计划拔管率</td></tr>
<tr><td>中心静脉导管（CVC）非计划拔管率</td></tr>
<tr><td>经外周置入中心静脉导管（PICC）非计划拔管率</td></tr>
<tr><td>312</td><td>导管相关感染发生率</td><td>经外周置入中心静脉导管（PICC）相关血流感染发生率</td></tr>
<tr><td rowspan="4">313</td><td rowspan="4">护理级别占比</td><td>特级护理占比</td></tr>
<tr><td>一级护理占比</td></tr>
<tr><td>二级护理占比</td></tr>
<tr><td>三级护理占比</td></tr>
<tr><td rowspan="2">314</td><td rowspan="18">药事管理专业医疗质量控制指标(2020年版)</td><td rowspan="2">处方审核率</td><td>门诊处方审核率</td></tr>
<tr><td>急诊处方审核率</td></tr>
<tr><td>315</td><td colspan="2">住院用药医嘱审核率</td></tr>
<tr><td>316</td><td colspan="2">静脉用药集中调配医嘱干预率</td></tr>
<tr><td>317</td><td colspan="2">门诊处方点评率</td></tr>
<tr><td>318</td><td colspan="2">门诊处方合格率</td></tr>
<tr><td>319</td><td colspan="2">住院患者药学监护率</td></tr>
<tr><td>320</td><td colspan="2">用药错误报告率</td></tr>
<tr><td>321</td><td colspan="2">严重或新的药品不良反应上报率</td></tr>
<tr><td rowspan="3">322</td><td rowspan="3">住院患者抗菌药物使用情况</td><td>住院患者抗菌药物使用强度</td></tr>
<tr><td>住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比</td></tr>
<tr><td>I类切口手术抗菌药物预防使用率</td></tr>
<tr><td>323</td><td colspan="2">住院患者静脉输液使用率</td></tr>
<tr><td>324</td><td colspan="2">住院患者中药注射剂静脉输液使用率</td></tr>
<tr><td>325</td><td colspan="2">急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率</td></tr>
<tr><td>326</td><td colspan="2">住院患者质子泵抑制药注射剂静脉使用率</td></tr>
<tr><td colspan="4">第四章 单病种（术种）质量控制指标</td></tr>
<tr><td>327</td><td colspan="2" rowspan="5">急性心肌梗死（ST段抬高型，首次住院）</td><td>病例上报率</td></tr>
<tr><td>328</td><td>平均住院日</td></tr>
<tr><td>329</td><td>次均费用</td></tr>
<tr><td>330</td><td>病死率</td></tr>
<tr><td>331</td><td>手术患者并发症发生率</td></tr>
</table>

序号	评审要点	
332	心力衰竭	病例上报率
333		平均住院日
334		次均费用
335		病死率
336		手术患者并发症发生率
337	冠状动脉旁路移植术	病例上报率
338		平均住院日
339		次均费用
340		病死率
341		手术患者并发症发生率
342	房颤	病例上报率
343		平均住院日
344		次均费用
345		病死率
346		手术患者并发症发生率
347	主动脉瓣置换术	病例上报率
348		平均住院日
349		次均费用
350		病死率
351		手术患者并发症发生率
352	二尖瓣置换术	病例上报率
353		平均住院日
354		次均费用
355		病死率
356		手术患者并发症发生率
357	房间隔缺损手术	病例上报率
358		平均住院日
359		次均费用
360		病死率
361		手术患者并发症发生率
362	室间隔缺损手术	病例上报率
363		平均住院日
364		次均费用
365		病死率
366		手术患者并发症发生率

序号	评审要点	
367	脑梗死（首次住院）	病例上报率
368		平均住院日
369		次均费用
370		病死率
371		手术患者并发症发生率
372	短暂性脑缺血发作	病例上报率
373		平均住院日
374		次均费用
375		病死率
376		手术患者并发症发生率
377	脑出血	病例上报率
378		平均住院日
379		次均费用
380		病死率
381		手术患者并发症发生率
382	脑膜瘤（初发，手术治疗）	病例上报率
383		平均住院日
384		次均费用
385		病死率
386		手术患者并发症发生率
387	胶质瘤（初发，手术治疗）	病例上报率
388		平均住院日
389		次均费用
390		病死率
391		手术患者并发症发生率
392	垂体腺瘤（初发，手术治疗）	病例上报率
393		平均住院日
394		次均费用
395		病死率
396		手术患者并发症发生率
397	急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血（初发，手术治疗）	病例上报率
398		平均住院日
399		次均费用
400		病死率
401		手术患者并发症发生率

序号	评审要点	
402	惊厥性癫痫持续状态	病例上报率
403		平均住院日
404		次均费用
405		病死率
406		手术患者并发症发生率
407	帕金森病	病例上报率
408		平均住院日
409		次均费用
410		病死率
411		手术患者并发症发生率
412	社区获得性肺炎（成人，首次住院）	病例上报率
413		平均住院日
414		次均费用
415		病死率
416		手术患者并发症发生率
417	社区获得性肺炎（儿童，首次住院）	病例上报率
418		平均住院日
419		次均费用
420		病死率
421		手术患者并发症发生率
422	慢性阻塞性肺疾病(急性发作,住院)	病例上报率
423		平均住院日
424		次均费用
425		病死率
426		手术患者并发症发生率
427	哮喘（成人，急性发作，住院）	病例上报率
428		平均住院日
429		次均费用
430		病死率
431		手术患者并发症发生率
432	哮喘（儿童，住院）	病例上报率
433		平均住院日
434		次均费用
435		病死率
436		手术患者并发症发生率

序号	评审要点	
437	髋关节置换术	病例上报率
438		平均住院日
439		次均费用
440		病死率
441		手术患者并发症发生率
442	膝关节置换术	病例上报率
443		平均住院日
444		次均费用
445		病死率
446		手术患者并发症发生率
447	发育性髋关节发育不良（手术治疗）	病例上报率
448		平均住院日
449		次均费用
450		病死率
451		手术患者并发症发生率
452	剖宫产	病例上报率
453		平均住院日
454		次均费用
455		病死率
456		手术患者并发症发生率
457	异位妊娠（手术治疗）	病例上报率
458		平均住院日
459		次均费用
460		病死率
461		手术患者并发症发生率
462	子宫肌瘤（手术治疗）	病例上报率
463		平均住院日
464		次均费用
465		病死率
466		手术患者并发症发生率
467	肺癌（手术治疗）	病例上报率
468		平均住院日
469		次均费用
470		病死率
471		手术患者并发症发生率

序号	评审要点	
472	甲状腺癌（手术治疗）	病例上报率
473		平均住院日
474		次均费用
475		病死率
476		手术患者并发症发生率
477	乳腺癌（手术治疗）	病例上报率
478		平均住院日
479		次均费用
480		病死率
481		手术患者并发症发生率
482	胃癌（手术治疗）	病例上报率
483		平均住院日
484		次均费用
485		病死率
486		手术患者并发症发生率
487	结肠癌（手术治疗）	病例上报率
488		平均住院日
489		次均费用
490		病死率
491		手术患者并发症发生率
492	宫颈癌（手术治疗）	病例上报率
493		平均住院日
494		次均费用
495		病死率
496		手术患者并发症发生率
497	糖尿病肾病	病例上报率
498		平均住院日
499		次均费用
500		病死率
501		手术患者并发症发生率
502	终末期肾病血液透析	病例上报率
503		平均住院日
504		次均费用
505		病死率
506		手术患者并发症发生率

序号	评审要点	
507	终末期肾病腹膜透析	病例上报率
508		平均住院日
509		次均费用
510		病死率
511		手术患者并发症发生率
512	舌鳞状细胞癌（手术治疗）	病例上报率
513		平均住院日
514		次均费用
515		病死率
516		手术患者并发症发生率
517	腮腺肿瘤（手术治疗）	病例上报率
518		平均住院日
519		次均费用
520		病死率
521		手术患者并发症发生率
522	口腔种植术	病例上报率
523		平均住院日
524		次均费用
525		病死率
526		手术患者并发症发生率
527	原发性急性闭角型青光眼（手术治疗）	病例上报率
528		平均住院日
529		次均费用
530		病死率
531		手术患者并发症发生率
532	复杂性视网膜脱离（手术治疗）	病例上报率
533		平均住院日
534		次均费用
535		病死率
536		手术患者并发症发生率
537	围手术期预防感染	病例上报率
538		平均住院日
539		次均费用
540		病死率
541		手术患者并发症发生率

序号	评审要点	
542	围手术期预防深静脉血栓栓塞	病例上报率
543		平均住院日
544		次均费用
545		病死率
546		手术患者并发症发生率
547	住院精神疾病	病例上报率
548		平均住院日
549		次均费用
550		病死率
551		手术患者并发症发生率
552	中高危风险患者预防静脉血栓栓塞症	病例上报率
553		平均住院日
554		次均费用
555		病死率
556		手术患者并发症发生率
557	感染性休克早期治疗	病例上报率
558		平均住院日
559		次均费用
560		病死率
561		手术患者并发症发生率
562	儿童急性淋巴细胞白血病（初始诱导化疗）	病例上报率
563		平均住院日
564		次均费用
565		病死率
566		手术患者并发症发生率
567	儿童急性早幼粒细胞白血病（初始化疗）	病例上报率
568		平均住院日
569		次均费用
570		病死率
571		手术患者并发症发生率
572	甲状腺结节（手术治疗）	病例上报率
573		平均住院日
574		次均费用
575		病死率
576		手术患者并发症发生率

<table>
<tr><th>序号</th><th colspan="4">评审要点</th></tr>
<tr><td>577</td><td colspan="2" rowspan="5">HBV 感染分娩母婴阻断</td><td colspan="2">病例上报率</td></tr>
<tr><td>578</td><td colspan="2">平均住院日</td></tr>
<tr><td>579</td><td colspan="2">次均费用</td></tr>
<tr><td>580</td><td colspan="2">病死率</td></tr>
<tr><td>581</td><td colspan="2">手术患者并发症发生率</td></tr>
<tr><td colspan="5">第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标</td></tr>
<tr><td>582</td><td rowspan="26">国家限制类医疗技术</td><td rowspan="10">造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标（2017 年版）</td><td colspan="2">造血干细胞移植适应证符合率</td></tr>
<tr><td>583</td><td colspan="2">异基因造血干细胞移植植入率</td></tr>
<tr><td>584</td><td colspan="2">重度（III-IV度）急性移植物抗宿主病发生率</td></tr>
<tr><td>585</td><td colspan="2">慢性移植物抗宿主病发生率</td></tr>
<tr><td>586</td><td colspan="2">异基因造血干细胞移植相关死亡率</td></tr>
<tr><td>587</td><td colspan="2">异基因造血干细胞移植总体生存率</td></tr>
<tr><td>588</td><td colspan="2">异基因造血干细胞移植无病生存率</td></tr>
<tr><td>589</td><td colspan="2">平均住院日</td></tr>
<tr><td>590</td><td colspan="2">平均住院费用</td></tr>
<tr><td>591</td><td colspan="2">平均住院药费</td></tr>
<tr><td>592</td><td rowspan="9">同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标（2017 年版）</td><td colspan="2">胰岛纯度</td></tr>
<tr><td>593</td><td colspan="2">总胰岛当量</td></tr>
<tr><td>594</td><td colspan="2">胰岛活率</td></tr>
<tr><td>595</td><td colspan="2">胰岛产物微生物培养阳性率</td></tr>
<tr><td>596</td><td colspan="2">胰岛产物内毒素超标率</td></tr>
<tr><td>597</td><td colspan="2">围手术期并发症发生率</td></tr>
<tr><td>598</td><td colspan="2">术后死亡率</td></tr>
<tr><td>599</td><td>患者随访率</td><td>同种胰岛移植治疗后 1 年内随访率
同种胰岛移植治疗后 3 年内随访率
同种胰岛移植治疗后 5 年内随访率</td></tr>
<tr><td>600</td><td>移植后有效率（1 年、3 年、5 年）</td><td>同种胰岛移植治疗后 1 年随访移植后有效率
同种胰岛移植治疗后 3 年随访移植后有效率
同种胰岛移植治疗后 5 年随访移植后有效率</td></tr>
<tr><td>601</td><td rowspan="7">同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用质量控制指标（2017 年版）</td><td colspan="2">各类来源移植物比例</td></tr>
<tr><td>602</td><td colspan="2">术中移植物微生物培养阳性率</td></tr>
<tr><td>603</td><td colspan="2">围手术期并发症发生率</td></tr>
<tr><td>604</td><td colspan="2">移植后临床满意率</td></tr>
<tr><td>605</td><td colspan="2">移植后影像学和电生理学评估优良率</td></tr>
<tr><td>606</td><td colspan="2">微创手术比例</td></tr>
<tr><td>607</td><td>患者随访率</td><td>1 年内患者随访率
3 年内患者随访率
5 年内患者随访率</td></tr>
</table>

序号	评审要点			
608	国家限制类医疗技术	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标（2017 年版）	供体使用率	
609			成分供体使用率	同种异体角膜内皮移植供体使用率
				同种异体穿透角膜移植供体使用率
				同种异体板层角膜移植供体使用率
				同种异体角膜缘干细胞移植供体使用率
610			同种异体角膜移植成功率	
611			角膜植片透明率	
612			角膜原发疾病控制率	
613			并发症发生率	
614			术后视力提高率	
615			诊断符合率	
616			患者随访率	同种异体角膜移植术后 1 年患者随访率
				同种异体角膜移植术后 3 年患者随访率
617			角膜组织存活率（1 年、3 年）	角膜组织存活率（1 年)
				角膜组织存活率（3 年)
618		同种异体皮肤移植技术临床应用质量控制指标（2017 年版）	深度创面比例	
619			异体移植皮肤面积比例	
620			异体移植皮肤成活率	
621			异体移植皮肤感染率	
622			自异体皮肤混合移植率	
623			救治成功率	
624			活体供体供皮区平均愈合时间	
625			活体供体供皮区并发症发生率	
626			活体供体平均住院日	
627			受体平均住院日	
628		性别重置技术临床应用质量控制指标（2017 年版）（不适用）	术中输血率	
629			术后输血率	
630			术中自体血输注率	
631			手术对象满意度	
632			术后 1 年随访率	
633			术后 2 周内感染率	
634			尿瘘发生率	
635			再造尿道狭窄率	
636			再造阴道狭窄率	
637			直肠阴道瘘发生率	
638			皮瓣坏死发生率	
639			术后 1 周内死亡率	

序号	评审要点			
640	国家限制类医疗技术	质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标（2017 年版）（不适用）	适应证符合率	
641			病理诊断率	
642			临床 TNM 分期比例	
643			MDT 执行率	
644			知情同意书签署率	
645			治疗方案完成率	
646			不良反应发生率	
647			6 个月内死亡率	
648			患者随访率（1 年、2 年、5 年）	质子或重离子放射治疗后 1 年患者随访率
				质子或重离子放射治疗后 2 年患者随访率
				质子或重离子放射治疗后 5 年患者随访率
649			在线 IGRT 使用率	
650			输出射束精度达标率	
651			输出剂量精度达标率	
652			能量精度达标率	
653			放疗计划三维验证达标率	
654			设备开机率（半年、1 年）	设备半年开机率
				设备 1 年开机率
655		放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标（2017 年版）	植入指征正确率	
656			术前制订治疗计划率	
657			术后放射剂量验证率	
658			术中及术后 30 天内主要并发症发生率	穿刺相关主要并发症总发生率
				感染发生率
				出血发生率
				气胸发生率
				神经损伤发生率
				放射性损伤相关主要并发症总发生率
				放射性皮肤溃疡发生率
				放射性肺炎发生率
				放射性脊髓炎发生率
				放射性膀胱炎发生率
				放射性肠炎发生率
				放射性脑坏死发生率

<table>
<tr><th>序号</th><th colspan="4">评审要点</th></tr>
<tr><td>659</td><td rowspan="31">国家限制类医疗技术</td><td rowspan="11">放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标（2017 年版）</td><td colspan="2">放射性粒子植入治疗有效率</td></tr>
<tr><td>660</td><td colspan="2">术后 30 天内全因死亡率</td></tr>
<tr><td rowspan="4">661</td><td rowspan="4">患者随访率</td><td>放射性粒子植入治疗后半年内患者随访率</td></tr>
<tr><td>放射性粒子植入治疗后半年到 2 年内患者随访率</td></tr>
<tr><td>放射性粒子植入治疗后 2 年到 5 年内患者随访率</td></tr>
<tr><td>放射性粒子植入治疗后 5 年以上患者随访率</td></tr>
<tr><td rowspan="5">662</td><td rowspan="5">患者术后生存率（2 个月、4 个月、半年、1 年、2 年）</td><td>放射性粒子植入治疗后 2 个月患者生存率</td></tr>
<tr><td>放射性粒子植入治疗后 4 个月患者生存率</td></tr>
<tr><td>放射性粒子植入治疗后半年患者生存率</td></tr>
<tr><td>放射性粒子植入治疗后 1 年患者生存率</td></tr>
<tr><td>放射性粒子植入治疗后 2 年患者生存率</td></tr>
<tr><td>663</td><td rowspan="9">肿瘤深部热疗和全身热疗技术临床应用质量控制指标（2017 年版）</td><td colspan="2">适应证符合率</td></tr>
<tr><td>664</td><td colspan="2">肿瘤热疗治疗温度和时间选择正确率</td></tr>
<tr><td>665</td><td colspan="2">围手术期并发症发生率</td></tr>
<tr><td>666</td><td colspan="2">术后死亡率</td></tr>
<tr><td rowspan="2">667</td><td rowspan="2">实体肿瘤热疗有效率与控制率</td><td>实体肿瘤热疗有效率</td></tr>
<tr><td>实体肿瘤热疗控制率</td></tr>
<tr><td>668</td><td colspan="2">实体肿瘤坏死率</td></tr>
<tr><td>669</td><td colspan="2">胸（腹、盆）腔积液消退率</td></tr>
<tr><td>670</td><td colspan="2">患者生活质量改善率</td></tr>
<tr><td>671</td><td rowspan="11">肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标（2017 年版）</td><td colspan="2">肿瘤消融治疗指征正确率</td></tr>
<tr><td>672</td><td colspan="2">肿瘤消融治疗完成率</td></tr>
<tr><td>673</td><td colspan="2">肿瘤消融治疗后临床症状有效缓解率</td></tr>
<tr><td>674</td><td colspan="2">肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制率</td></tr>
<tr><td>675</td><td colspan="2">肿瘤消融治疗后 30 天内严重并发症发生率</td></tr>
<tr><td>676</td><td colspan="2">肿瘤消融治疗后 30 天内死亡率</td></tr>
<tr><td rowspan="5">677</td><td rowspan="5">患者随访率（6 月、1 年、2 年、3 年、5 年）</td><td>肿瘤消融治疗后 6 月患者随访率</td></tr>
<tr><td>肿瘤消融治疗后 1 年患者随访率</td></tr>
<tr><td>肿瘤消融治疗后 2 年患者随访率</td></tr>
<tr><td>肿瘤消融治疗后 3 年患者随访率</td></tr>
<tr><td>肿瘤消融治疗后 5 年患者随访率</td></tr>
</table>

序号	评审要点			
678	国家限制类医疗技术	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标（2017年版）	患者术后生存率（6月、1年、3年、5年）	患者术后6个月生存率
				患者术后1年生存率
				患者术后3年生存率
				患者术后5年生存率
679			平均住院日	
680		心室辅助技术临床应用质量控制指标（2017年版）	心室辅助技术应用适应证选择正确率	
681			心室辅助装置有效撤除率	
682			术后30天死亡率	
683			心室辅助转换心脏移植率	
684			术中及术后30天内主要并发症发生率	血源性感染发生率
				出血发生率
				溶血发生率
				血栓栓塞发生率
				右心功能衰竭发生率
				神经系统并发症发生率
				肾功能衰竭发生率
				机械故障发生率
685			术后随访率（1年、3年）	术后1年随访率
				术后3年随访率
686			患者术后生存率（1年、3年）	患者术后生存率（1年）
				患者术后生存率（3年）
687		人工智能辅助诊断技术临床应用质量控制指标（2017年版）	诊断准确率	
688			信息采集准确率	
689			人工智能辅助诊断平均时间	
690			人工智能辅助诊断增益率	诊断准确率增益率
				日人均诊断量增益率
				诊断平均时间增益率
691		人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标（2017年版）	平均术前准备时间	
692			平均手术时间	
693			重大并发症发生率	
694			手术中转率	
695			术中设备不良事件发生率	
696			术中及术后死亡率	
697			各专业月手术量及人工智能辅助治疗技术比例	
698			平均住院日	

序号	评审要点			
699	国家限制类医疗技术	颅颌面畸形颅面外科矫治技术临床应用质量控制指标（2017 年版）	医患比	
700			各类手术患者比例	颅眶外科手术患者比例
				正颌外科手术患者比例
				面部骨轮廓手术患者比例
701			正颌术前正畸比例	
702			颅眶外科手术术前 CT 检查率	
703			术前计算机辅助设计系统使用率	正颌外科术前计算机辅助设计系统使用率
				面部骨轮廓术前计算机辅助设计系统使用率
704			意外骨折发生率	
705			输血率	
706			术中自体血输注率	
707			失血性休克发生率	
708			术后并发症发生率	术后面神经损伤发生率
				术后视神经损伤发生率
				术后下牙槽神经损伤发生率
				术后伤口感染发生率
				术后固定夹板松脱、折断发生率
				术后脑脊液漏发生率
				术后颅内感染发生率
709			非计划二次手术率	
710			术后抢救率、术后抢救成功率	术后抢救率
				术后抢救成功率
711			术中及术后死亡率	
712		口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治技术临床应用质量控制指标（2017 年版）	诊断符合率	
713			术后手术部位感染率	
714			术后血肿手术探查率	
715			血管危象手术探查率	
716			手术探查后皮瓣成活率	
717			术后脑脊液漏发生率	
718			术后颅内感染发生率	
719			术后全身系统严重并发症发生率	
720			术后抢救率、术后抢救成功率	术后抢救率
				术后抢救成功率
721			术后死亡率	
722	人体器官捐献、获取与移植技术	向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比		
723		实现器官捐献的人数与院内死亡人数比		

第三部分　现场检查

第一章　医院功能与任务

一、依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划

标准序号	评审要点	评分方法
（一）医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划（2分）。 【标准概述】医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划中关于医疗机构设置的定位和要求。		
1.1	医院的功能、任务和定位明确,保持适度规模，符合卫生健康行政部门规定设置“三级医院基本标准”全部要求。	未达到“基本标准”（一项以上）减 0.3 分。
1.2	医院宗旨、愿景与目标及功能任务符合本区域政府卫生发展规划。	医院功能、任务与目标不符合本区域政府卫生发展规划，减 1 分。
1.3	医院宗旨、愿景与目标及功能任务，应用多种途径有效地教育全体员工，并向患者、社会宣传。	无向员工、患者、社会宣传的资料，减 0.2 分。
1.4	全院各部门和职工共同讨论参与制定医院宗旨、愿景与目标及功能任务并知晓内涵，能被患者感受和认可。	1.无共同讨论参与制定资料，减 0.2 分。 2.现场抽问 1-3 名员工,是否知晓相关内容，每 1 例知晓内容低于 50%减 0.1 分，知晓内容低于 75%减 0.05 分。 3.无资料减 0.1 分。
1.5	各项工作围绕功能任务开展，并取得成效。	无支持材料减 0.2 分。
（二）制定医院中长期规划与年度计划，医院规模和发展目标与医院的功能任务一致（2分）。 【标准概述】根据医院的功能任务,明确医院规模和发展目标,制定医院中长期规划以及年度计划。		
2.1	医院制定了中长期规划和院科两级年度计划。	
2.1.1	根据医院宗旨、愿景与目标及功能任务，明确医院规模，制定医院中长期规划以及年度计划。	未制定医院中长期规划以及年度计划不得分。
2.1.2	根据医院各计划制定部门、科室的年度计划。	抽查 2-3 个部门或科室: 1.未制定年度计划不得分。 2.计划内容不完整减 0.1 分。 3.计划未执行落实减 0.1 分。
2.2	医院中长期规划以及年度计划制定内容及过程合理。	
2.2.1	医院的中长期规划以及年度计划征求职工意见，由各部门参与共同制定，并经过职工代表大会讨论通过。	1.医院中长期规划以及年度计划未征求职工意见，减 0.1 分。 2.各部门未参与制定规划或年度计划减 0.1 分。 3.医院规划与年度计划未经职工代表大会讨论减 0.2 分。
2.2.2	规划内容包括目标、实施方法、实施步骤、工作分工、相关预算以及年度安排等。	医院规划内容不全减 0.5 分。
2.2.3	根据规划，医院分年度制定了合理且内容详实的计划。	医院年度计划未能实现规划任务,年度之间计划脱节减 0.2 分

标准序号	评审要点	评分方法
2.3	医院对中长期规划与年度计划进行了广泛培训并做到了不断改进。	
2.3.1	医院就中长期规划与年度计划对全院员工进行了培训。	无培训开展相关资料减 0.2 分。
2.3.2	医院对年度计划实施情况进行了分析、总结，并提出改进措施。	无年度工作总结减 0.2 分。
2.3.3	持续改进有成效，中长期规划得到落实。	1.无中长期规划总结减 0.2 分。 2.中长期规划任务落实不到位减 0.1 分。
（三）医院有承担服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力（2 分）。（精神病专科医院和口腔专科医院，3.1.2 可选） 【标准概述】承担区域内急危重症和疑难疾病的诊疗。急诊科独立设置，重症医学科（ICU）床位能够满足需求，设施设备齐全，影像与介入诊疗等可提供 24 小时急诊诊疗服务；临床科室一、二级诊疗科目设置、人才梯队与诊疗技术能力符合卫生健康行政部门规定的标准；医技科室能满足临床科室需求，项目设置、人才梯队与技术能力符合卫生健康行政部门规定的标准。		
3.1	承担区域内急危重症和疑难疾病的诊疗。急诊科独立设置，ICU 床位能够满足需求，设施设备齐全，影像与介入诊疗等可提供 24 小时急诊诊疗服务。	
3.1.1	急诊科（室）独立设置，人才梯队合理；急诊科（室）主任应具备副高及以上专业技术职称；护士长应当具备主管护师及以上任职资格和 2 年以上急诊临床护理工作经验。	1.急诊科（室）未独立设置不得分。 2.急诊科（室）主任任职资格未达标减 0.2 分。 3.急诊科（室）护士长任职资格未达标减 0.1 分。
3.1.2	ICU 床位数（含所有专业 ICU）占医院总床位数>2%；重症医学科主任应具备副高及以上专业技术职称，护士长应当具备主管护师及以上任职资格和 2 年以上重症监护工作经验。	1.ICU 床位数不足 2%，减 0.1 分。 2.ICU 主任任职资格未达标减 0.2 分。 3.ICU 护士长任职资格未达标减 0.1 分。
3.1.3	介入诊疗、检验、医学影像（X 线摄影、CT、超声）、血库和药房 24 小时为急诊提供及时服务。急诊检验、心电图、影像常规检验检查项目从检查开始到出具报告时间不超过 30 分钟。	1.介入诊疗、检验、医学影像（X 线摄影、CT、超声）、血库和药房未提供 24 小时服务减 0.2 分。 2.急诊常规检验检查项目从检查开始到出具报告时间超过30分钟减0.1分。
3.1.4	有承担区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设备设施，急救设备器材齐全、完好、处于备用状态，有定期的检查维护，定点放置，符合规定数量。	1.急救设备器材不全减 0.2 分。 2.未处于备用状态减 0.2 分。 3.未定点放置或无定期检查维护记录减 0.1 分。
3.2	一、二级诊疗科目设置、人才梯队与诊疗技术能力符合卫生健康行政部门规定的标准；重点科室专业技术水平与质量处于本省前列；医技科室服务能满足临床科室需要，项目设置、人员梯队与技术能力符合卫生健康行政部门规定的标准。	
3.2.1	临床一、二级诊疗科目设置符合卫生健康行政部门规定的三级医院基本标准，并与执业许可登记相符合；临床科室主任100%具有副高及以上职称，其中正高职称≥70%。	1.查看临床已开展的诊疗科目（含一、二级诊疗科目）的清单，与执业许可证登记不相符减 0.2 分。 2.临床科室主任职称不达标减 0.2 分。

标准序号	评审要点	评分方法
3.2.2	医技科室服务能满足临床科室需要，项目设置、人员梯队与技术能力符合卫生健康行政部门规定的标准;医技科室主任100%具有副高及以上职称，其中正高职称≥70%。	核查医院医技科室的设置、开展的检查检验项目清单。 1.不符合相关规定或不能满足临床需求减0.2分。 2.医技科室主任职称不达标减0.2分。
3.2.3	医院有省级及以上卫生健康行政部门批准的临床重点专（学）科、区域医疗中心、质控中心合计≥3个。	省级及以上临床重点专（学）科、区域医疗中心、质控中心总量不达标减0.2分。

二、坚持医院的公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务

标准序号	评审要点	评分方法
(四)坚持医院的公益性，履行相应的社会责任和义务（2分)。 【标准概述】破除公立医院逐利机制，建立起维护公益性、调动积极性、保障可持续的运行新机制，构建起布局合理、分工协作的医疗服务体系和分级诊疗就医格局，有效缓解群众看病难、看病贵问题。		
4.1	医院建有合理的运行机制。	
4.1.1	医院文化建设和服务宗旨、院训、发展规划体现坚持公立医院公益性，把维护人民健康权益放在第一位。	医院文化建设和服务宗旨、院训、发展规划之一未体现医院公益性减0.3分。
4.1.2	建立保障基本医疗服务的相关制度与规范。	1.未建立相关制度不得分。 2.无规范减0.5分。
4.1.3	有“以病人为中心”，优化质量、优化服务、降低成本、控制费用的措施。	改善质量、优化服务、降低成本、控制费用方面建立措施不齐全减0.5分。
4.2	构建起布局合理、分工协作的医疗服务体系和分级诊疗就医格局，缓解群众看病难、看病贵问题。	
4.2.1	参加并完成各级卫生健康行政部门制定的社会公益项目，有评审前三年完成项目数量、参加的医务人员总人次、资金支持等资料。	卫生健康行政部门下达的项目有未完成项的减0.5分。
4.2.2	医院对基本医疗服务、政府指令性工作有总结。	无总结减0.2分。
4.2.3	公立医院特需床位的比例不超过总床位数的10%，特需门诊诊次不超过门诊总诊次的10%。	1.比例超出总床位数的10%减0.3分。 2.比例超出门诊总诊次的10%减0.2分。
(五)根据《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国食品安全法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规承担传染病、食源性疾病的发现、救治、报告、预防等任务。定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病防治知识和技能培训与处置演练（4分)。 【标准概述】根据《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国食品安全法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规要求承担传染病、食源性疾病的发现、救治、报告和预防等任务是每个医疗机构坚持医院的公益性，把社会效益放在首位，应该履行相应的社会责任和义务。建立和提升对传染病疫情和公共卫生事件的应急处置与应对能力必须定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病防治知识和技能培训与处置演练。		

标准序号	评审要点	评分方法
5.1	成立公共卫生工作委员会、设立公共卫生科（人员不少于 3 人）与配备专（兼）职疾控监督员负责传染病与食源性疾病疫情报告管理工作等公共卫生职责的落实。	1.未设立公共卫生工作委员会减 0.1 分。 2.无专职管理部门（公共卫生科）减 0.1 分。 3.直接从事疾病预防控制工作的人员少于 3 人减 0.1 分。 4.未设立专（兼）职疾控监督员减 0.1 分。 5.未落实专门部门与人员负责公共卫生职责减 0.1 分。 6.无相关工作和活动记录减 0.1 分。
5.2	制定突发公共卫生事件和传染病疫情信息监测报告的制度与流程，相关人员知晓有关规定。传染病报告登记项目完整，传染病报告率 100%。	1.未建立相关制度不得分。 2.未建立有关流程减 0.1 分。 3.抽问 1-3 名科室医务人员，是否知晓相关内容，每 1 例知晓内容低于 50%减 0.1 分，知晓内容低于 75%减 0.05 分。 4.监测与报告信息登记不全减 0.1 分。 5.发生传染病漏报或迟报减 0.3 分。
5.3	改造升级医院信息系统（HIS），与四川省法定传染病数据交换平台等对接，实现法定传染病、慢性病、死因等监测信息报告数据自动交换。	1.HIS 未能与四川省法定传染病数据交换平台等系统对接减 0.1 分。 2.HIS 未实现法定传染病监测信息报告数据自动交换减 0.1 分。 3.HIS 未实现慢性病监测信息报告数据自动交换减 0.1 分。 4.HIS 未实现死因监测信息报告数据自动交换减 0.1 分。
5.4	定期组织医务人员进行传染病与食源性疾病疫情监测信息报告、防治知识等医院公共卫生职责相关的培训；开展公卫人员与临床人员交叉培训。医务人员掌握公共卫生有关防治政策、知识和技能。	1.未建立培训制度不得分。 2.培训未全员覆盖减 0.1 分。 3.培训记录和资料不完全减 0.1 分。 4.抽问 1-3 名科室医务人员，是否知晓相关内容，每 1 例知晓内容低于 50%减 0.1 分，知晓内容低于 75%减 0.05 分。
5.5	根据传染病疫情制定演练方案，实时开展传染病处置演练，并有演练记录。	1.未实时开展演练减 0.1 分。 2.演练记录不完整减 0.1 分。 3.对发现的问题未实施整改减 0.1 分。
5.6	对本单位内被传染病或食源性疾病病原体污染的场所、物品以及医疗废物（无条件集中处置）实施消毒和无害化处置。	处置不规范减 0.2 分。
5.7	主管部门对传染病与食源性疾病的管理进行定期监督检查。	1.无主管部门监管记录减 0.1 分。 2.无相应整改记录减 0.1 分。

标准序号	评审要点	评分方法
（六）按照《国家基本药物临床应用指南》和《国家处方集》及医疗机构药品使用管理有关规定，规范医师处方行为，优先合理使用基本药物（2分）。 【标准概述】医疗机构应严格按照相关法律法规及医疗机构药品使用管理规定，规范医师处方行为，优先合理使用基本药物。		
6.1	贯彻落实《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》，优先使用国家基本药物的相关规定及监督体系。	1.未贯彻落实《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》的规定不得分。 2.未贯彻落实《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》的监督体系，每一项减0.1分。
6.2	《国家基本药物目录》中的品种优先纳入“药品处方集”和“基本用药供应目录”，有相应的采购、库存量。	1.《国家基本药物目录》中的品种未优先纳入“药品处方集”和“基本用药供应目录”减0.3分。 2.《国家基本药物目录》的药品未按规定设立相应的采购、库存量的减0.3分。
6.3	对享有基本医疗服务对象使用国家基本药物（门诊、住院）的比例符合省级卫生健康行政部门的规定。	1.门诊患者使用国家基本药物的比例不符合省级卫生健康行政部门的规定的减0.3分。 2.住院患者使用国家基本药物的比例不符合省级卫生健康行政部门的规定减0.3分。
6.4	科室对医师使用国家基本药物情况有自查；主管部门定期对使用国家基本药物情况有检查、分析、反馈；持续改进有成效，国家基本药物在医院能够优先合理使用。	1.科室未按规定开展自查工作的减0.3分。 2.主管部门未定期对国家基本药物使用情况有检查、分析、反馈的，每一项减0.1分。 3.国家基本药物未在医院优先合理使用的减0.3分。

三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务

标准序号	评审要点	评分方法
(七)加强医联体建设，实行分级诊疗，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程，提升医联体内基层医疗机构服务能力，促进优质医疗资源扩容和下沉（2分）。 【标准概述】医联体包括但不限于城市医疗集团、县域医疗共同体、专科联盟和远程医疗协作网。医院应当设立专/兼职管理部门或专职人员负责统筹医联体规划建设；建立双向转诊体系，制定双向转诊制度，优化双向转诊流程，完善考核评估机制；充分发挥三级医院技术辐射带动作用，加强对成员单位的指导，通过专科共建、教育培训、科研项目协作等多种方式，重点帮扶提升成员单位医疗服务能力与管理水平，促进优质医疗资源扩容和下沉。		
7.1	医院应当设立专/兼职管理部门或专职人员负责统筹医联体规划建设；建立双向转诊体系，制定双向转诊制度，优化双向转诊流程，完善考核评估机制。	

标准序号	评审要点	评分方法
7.1.1	城市医疗集团、县域医疗共同体、专科联盟和远程医疗协作网等牵头医院，应当设立专/兼职管理部门或专人负责管理，统筹医联体管理工作。	未设立专/兼职管理部门或专人负责管理减 0.2 分。
7.1.2	医院建立医联体管理制度、实施方案等，明确医联体成员单位之间的责任、权利和义务，建立利益共享机制，有具体的目标和任务计划。	1.未建立制度不得分。 2.无实施方案减 0.2 分。 3.无具体的目标和计划减 0.2 分。
7.1.3	制定双向转诊制度，优化转诊流程，明确转诊的指征、条件，实施转诊评估，加强转诊患者的交接，传递完善的转诊信息，为双向转诊患者提供连续性医疗服务。	1.未建立双向转诊制度不得分。 2.转诊流程不完善减 0.2 分。
7.1.4	从组织管理、双向转诊、服务满意度等方面建立考核标准及评估机制；有转诊患者信息台账，对双向转诊结果追踪随访，定期进行分析、评价；转诊单位间有定期联席会议制度，对工作有总结、反馈及改进。	1.未建立考核标准与考评评估机制减 0.2 分。 2.医院无定期分析、评价减 0.1 分。 3.无联席会议制度不得分。 4.无转诊工作台账和定期总结或改进措施减 0.2 分。
7.2	充分发挥三级医院技术辐射带动作用，加强对成员单位的指导，通过专科共建、教育培训、科研项目协作等多种方式，重点帮扶提升成员单位医疗服务能力与管理水平，促进优质医疗资源扩容和下沉。	
7.2.1	发挥三级医院对成员单位的指导。	1.未建立派驻人员管理制度不得分。 2.未派驻帮扶人员减 0.2 分。
7.2.2	接收成员单位的进修教育＞5 人次/年，培训结束后，按照培训目标经牵头医院考核合格，返院后能独立开展业务。	1.接收成员单位人员进修培训人数不达标减 0.2 分。 2.考核不合格或返院后不能独立开展业务减 0.2 分。
7.2.3	通过专科共建、教育培训、科研项目协作等多种方式，重点帮扶提升成员单位医疗服务能力与管理水平。开展教学培训≥6 次/年，指导成员单位开展新技术、新项目或适宜性技术平均≥2 项/年，指导获批市州及以上科研项目≥1 项/年。	1.开展教学培训不达标减 0.2 分。 2.指导开展新技术、新项目或适宜性技术不达标减 0.2 分。 3.指导科研项目不达标减 0.2 分。

（八）将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，由专人负责（3.1 分）。

【标准概述】对口支援是指支援医院与受援医院结成长期稳定的对口支援和协作关系，帮助受援医院提高服务能力和水平，改善和加强管理。主要从医院管理、学科建设、医疗质量与安全等方面来实施系统的技术指导、人才培养及管理帮扶，将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，由专人负责。

8.1	将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，由专人负责。	
8.1.1	支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理纳入院长目标责任制管理；有专门部门和人员负责下级医院支援协调工作。	1.未纳入院长目标责任制管理减 0.2 分。 2.无专门部门和人员负责下级医院支援协调工作减 0.2 分。

标准序号	评审要点	评分方法
8.1.2	制订工作计划和方案，有明确年度和中长期目标、任务内容、支援方式、双方的权利和义务等，签订对口支援协议书并切实履行。	1.无工作计划和方案，或方案内容和目标不明确减 0.2 分。 2.未按照计划方案执行减 0.2 分。
8.1.3	建立慢性病（含地方病）管理组织构架，体现慢性病分级分类管理。根据本地区社区卫生现状及慢性病现状，制订推进慢性病（含地方病）健康教育、规范服务、定期随访、综合管理的行动方案。	1.无慢性病（含地方病）管理组织构架文件，或未体现慢性病分级分类管理减 0.2 分。 2.无慢病（含地方病）管理行动方案减 0.2 分。
8.1.4	开展死亡病例报告、重点慢性病（肿瘤、心脑血管事件、慢阻肺）及伤害发病报告和管理，规范报告流程，开展质量控制、数据及时性及安全性等管理。	1.无死亡病例报告和管理工作制度减 1 分。 2.无重点慢性病(肿瘤、心脑血管事件、慢阻肺)及伤害发病报告和管理工作制度减 0.1 分。 3.制度规定的报告和管理工作流程不规范减 0.1 分。 4.制度未规定报告和管理工作的质量控制、数据及时性和安全性要求，每缺一项减 0.1 分。
8.1.5	将参与支援下级医院服务纳入各级人员晋升考评内容。	未纳入晋升考评减 0.2 分。
8.2	主要从医院管理、学科建设、医疗质量与安全等方面来实施系统的技术指导、人才培养及管理帮扶，帮助受援医院提高服务能力和水平。	
8.2.1	在一个对口支援周期，受援科室在支援科室帮助下至少新增 1 项适宜关键技术，并符合医疗技术临床应用管理规定。	新增适宜关键技术不达标减 0.2 分。
8.2.2	受援医院年门急诊人次、可诊疗病种数量、危重患者数量及能够独立诊断和治疗的疑难病和危重症、住院手术人次、住院微创手术占住院手术比例、抢救成功率等较上一年度增加。	一项指标不达标减 0.05 分。
8.2.3	支援医院通过远程会诊、远程查房、远程教学、远程心电检查等形式，提高优质医疗资源可及性，远程医疗服务量较上一年度提高。	远程服务量不达标减 0.2 分。
(九)承担援疆援藏援彝、健康扶贫、乡村振兴、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障（2 分）。 【标准概述】三级医院与脱贫巩固重点县县级医院一对一帮扶，制订相关的制度、方案，采取技术支持、人员培训、管理指导等多种方式，提高诊疗水平，推广适宜卫生技术，并有具体的保障措施。		
9.1	三级医院根据健康扶贫相关任务，与脱贫巩固重点县县级医院一对一帮扶制订相关的制度、方案，采取技术支持、人员培训、管理指导等多种方式，提高被帮扶医院的服务能力。	
9.1.1	承担政府分配的援疆援藏援彝、健康扶贫、乡村振兴等指令性任务，制定工作台账，落实专人负责具体工作；与下级医院签订帮扶责任书（协议书），制订相关制度和实施方案。	1.未承担相关指令性任务本项不得分。 2.无工作台账减 0.2 分。 3.无专人负责具体工作减 0.2 分。 4.未签订责任书（协议书）减 0.2 分。 5.未建立制度不得分。 6.无实施方案减 0.2 分。

标准序号	评审要点	评分方法
9.1.2	有指导和培训计划、台账、方案；有指定部门和人员统一管理、质量监督；选派医务人员参与指导下级医院和培养卫生技术人员；有推广适宜技术项目及效果评价。	1.无培训计划、台账、方案减 0.2 分。 2.未指定部门和人员统一管理减 0.2 分。 3.无选派援助人员名单、学科及援助项目等相关资料减 0.2 分。 4.年度未开展适宜技术项目减 0.2 分。
9.2	有援疆援藏援彝、健康扶贫、乡村振兴、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务的具体保障措施。	
9.2.1	对承担援疆援藏援彝、健康扶贫、乡村振兴等指令性任务的人员，同等条件下在评优评先、职称晋升等方面给予政策支持。	无政策支持减 0.2 分。
9.2.2	为指导和培训下级医院卫生技术人员提供培训条件及资金支持。	未提供培训条件或资金支持减 0.1 分。

四、承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治

标准序号	评审要点	评分方法
（十）遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，按照“平战结合、防治结合”的要求加强建设，承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治工作（2 分）。 【标准概述】医疗机构应该遵守国家法律和法规要求，严格执行各级政府制定的应急预案，按照“平战结合与防治结合”的要求加强人员培训、应急演练、物质和设备储备，承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治工作。		
10.1	遵守国家法律与法规，严格执行各级政府制定的应急预案，按照“平战结合、防治结合”的要求加强人员培训、应急演练、物质和设备储备。	
10.1.1	遵守国家法律与法规，严格执行各级政府制定的应急预案。	未按要求执行减 0.3 分。
10.1.2	医院有针对突发公共卫生事件和重大事故灾害的应急知识与技能培训和考核计划，定期组织培训和考核。	1.无培训和考核计划减 0.2 分。 2.未组织定期培训和考核减 0.2 分。
10.1.3	开展突发事件的应急演练，有应对突发大规模传染病暴发等突发公共卫生事件的综合演练。	1.未开展相关应急演练减 0.2 分。 2.无相关演练总结减 0.2 分。
10.1.4	合理进行应急物资和设备的储备，有主管职能部门监管。	1.应急物资、设备储备的数量和种类不符要求减 0.2 分。 2.无主管部门监管记录减 0.2 分。
10.2	服从指挥，承担突发公共事件的紧急医疗救援任务和配合突发公共卫生事件防控工作，有完备的应急响应机制。	
10.2.1	有主管部门负责日常应急管理工作，有院内、外和院内各部门、各科室间的协调机制，有明确的协调部门和协调人。	1.无主管部门减 0.2 分。 2.未按要求建立协调机制减 0.2 分。
10.2.2	对参与的每一次医疗救援或防控工作均有总结分析，并持续改进应急管理工作。	1.资料不完整减 0.2 分。 2.记录不符合要求减 0.2 分。 3.未持续改进减 0.2 分。

第二章　临床服务质量与安全管理

一、医疗质量管理体系和工作机制

标准序号	评审要点	评分方法
(十一)有医疗质量管理体系，落实医疗质量管理主体责任，实行医疗质量管理院、科两级责任制（2分）。【标准概述】医疗质量管理体系与医疗质量管理责任制是质量管理与持续改进的根本保证，医疗质量管理和改进必须落实到相关组织与责任人。		
11.1	建立完善的医疗质量管理体系，实行院、科两级管理责任制，确保医疗质量与安全。	
11.1.1	建立完善的医疗质量管理体系，有完整的医疗质量管理组织架构图，能正确表达医疗质量管理组织架构。	1.医疗质量管理体系不完善减0.2分。 2.架构图未正确表达组织架构减 0.1分。
11.1.2	医疗质量管理组织机构健全、人员构成合理、职能分工体现决策、控制与执行三个层次，各层职责落实到位。	1.管理组织机构不健全减0.2分。 2.人员构成不合理减0.1分。 3.职责落实不到位减0.1分。
11.2	院长是医疗质量管理第一责任人，院长必须履行质量管理职责，领导和推进质量管理与持续改进工作。	
11.2.1	院长负责制定医院质量方针与目标，策划医院质量管理,确保质量与安全管理体系所需资源的获得，指挥与协调医院质量管理活动。	1.未制定医院质量方针与目标不得分。 2.院长未履行职责不得分。 3.履行职责有缺陷减0.2分。
11.2.2	定期专题研究医疗质量和医疗安全工作，院办公会议至少每季度一次研究医院医疗质量管理工作。	1.未做到每季度召开会议，缺一次减0.1分。 2.会议记录有缺陷减0.1分。 3.改进措施未执行落实减0.1分。
11.3	各主管部门与职能部门履行策划、指导、检查、监督、考核、评价和控制职能。	
11.3.1	主管部门根据医院质量方针与目标，制定并实施医疗质量与安全管理工作计划和管理方案。医疗质量管理方案，包括：质量管理目标、质量指标、考核项目、考核标准、考核办法等相关配套制度。	1.查阅相关资料，未制定方案不得分。 2.未建立相关配套制度不得分。 3.方案不完善减0.1分。 4.考核体系不健全的减0.2分。 5.考核、评价结果无反馈减0.5分。 6.执行有缺陷减0.1分。
11.3.2	主管部门与职能部门履行策划、指导、检查、监督、考核、评价和控制职能。有履行职责的工作记录。	1.无履职工作记录减0.2分。 2.工作记录有缺陷减0.1分。
11.3.3	主管部门与职能部门能运用管理方法和工具，分析监测相关数据和质量与安全问题，并将监测数据与分析结果用于医院管理。	1.无相关分析监测资料减0.5分。 2.未定期分析、反馈减0.2分。 3.资料不完整或有缺陷减0.1分。
11.4	科室负责人是本科室的医疗质量与安全管理第一责任人，负责本科室质量与安全管理工作。	

<table>
<tr><th>标准序号</th><th>评审要点</th><th>评分方法</th></tr>
<tr><td>11.4.1</td><td>贯彻执行医疗质量管理相关的法律法规、文件和医院规章制度。</td><td>无贯彻执行相关资料减 0.1 分。</td></tr>
<tr><td>11.4.2</td><td>制定科室质量与安全工作计划，每月召开管理小组会议，研究解决本科室存在的质量与安全管理问题，有记录。</td><td>1.未做到每月召开会议减 0.2 分。
2.会议记录有缺陷减 0.1 分。
3.整改措施未执行落实减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">(十二)设立医疗质量管理委员会，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用（2 分）。
【标准概述】医疗质量管理委员会是医院医疗质量管理重要的决策机构，主要把握质量管理的方向，制定质量目标及实现目标的方针政策，实施质量管理的组织、指挥、决策和协调工作。</td></tr>
<tr><td>12.1</td><td>医院质量与安全管理组织机构健全、人员构成合理、职责明确，主要包括：医院质量与安全管理委员会、各质量相关委员会（医疗质量与安全管理委员会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、输血管理委员会、护理质量管理委员会等）、质量管理部门、各职能部门、科室质量与安全管理小组等。</td><td>1.未建立相关工作制度与职责不得分。
2.查阅有关文件，职责不清或不能有效开展工作减 0.5 分。
3.查阅各管理组织年度工作计划、会议及工作记录、检查记录、检查总结等资料。不能提供上述材料的，每缺一项减 0.1 分。
4.发现问题无改进减 0.2 分。
5.执行有缺陷减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>12.2</td><td>医院质量与安全管理委员会及各相关管理委员会能在质量与安全管理中发挥决策和统筹协调作用。</td><td>查阅各管理组织工作记录，未起到决策和统筹协调作用减 0.5 分。</td></tr>
<tr><td>12.3</td><td>各相关管理委员会定期专题研究质量与安全工作，有监督检查、分析总结，有改进措施，有记录。</td><td>1.无相关管理活动资料不得分。
2.未定期进行管理活动，缺一次减 0.2 分。
3.有关工作记录不完整或有缺陷减 0.1 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">(十三)各业务科室成立本科室医疗质量管理工作小组，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求（2 分）。
【标准概述】科室医疗质量管理工作小组是医院医疗质量管理执行组织，应按照《医疗质量管理办法》要求认真履行职责，组织开展科室医疗质量管理工作。</td></tr>
<tr><td>13.1</td><td>科室主要负责人担任科室医疗质量管理工作小组组长，小组人员职责明确，有专人负责日常具体工作。</td><td>1.科室医疗质量管理工作小组成员职责不明确减 0.3 分。
2.无专人负责日常具体工作减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>13.2</td><td>对本科室医务人员进行医疗质量管理相关法律、法规、规章制度、技术规范、标准、诊疗常规及指南的培训和宣传教育。</td><td>1.无培训和宣传教育资料减 0.3 分。
2.培训和宣传教育资料不完整或有缺陷减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>13.3</td><td>管理小组对科室质量与安全进行定期检查、能运用质量管理方法与工具对科室存在的问题和相关管理指标进行分析，对存在的问题有改进措施与落实执行。</td><td>1.无分析资料减 0.2 分。
2.未运用质量管理方法与工具减 0.1 分。
3.改进措施未落实执行减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>13.4</td><td>对职能部门反馈的本科室质量与安全问题有改进记录。</td><td>无改进记录减 0.3 分。</td></tr>
</table>

标准序号	评审要点	评分方法
13.5	按照有关要求报送本科室医疗质量管理相关信息。	未按照有关要求报送减 0.2 分。
(十四)建立健全医疗质量管理人员培训和考核制度，充分发挥专业人员在医疗质量管理工作中的作用（2 分）。 【标准概述】为提高医疗质量管理人员管理素质与专业技能，需建立健全相关制度和对医疗质量管理人员进行教育培训，以保证医院质量管理体系持续有效的运行。		
14.1	建立健全医疗质量管理人员培训和考核制度，制定年度的医疗质量管理人员医疗质量教育培训计划。	1.未建立健全医疗质量管理人员培训和考核制度不得分。 2.无教育培训计划减 0.5 分。
14.2	每年应接受上级卫生健康部门或有资质的培训机构组织的继续教育或培训。	相关人员未参加继续教育或培训减 0.5 分。
14.3	健全医疗质量教育培训的档案管理工作，建立个人培训教育档案。	1.无培训记录减 0.5 分。 2.未建立培训教育档案减 0.5 分。
(十五)遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作（2 分）。 【标准概述】医务人员应遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、行业标准和临床路径管理等有关要求，做到临床诊疗工作有章可循、有据可依，使临床诊疗做到科学化、规范化、标准化，以利提高医疗质量、服务水平和改善临床医疗水平。		
15.1	开展临床诊疗指南、医疗技术操作规范、行业标准和实施临床路径等学习与培训。	1.未开展相关培训不得分。 2.培训工作有缺陷或不足减 0.2 分。
15.2	诊疗活动应遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范和临床路径管理的有关要求，规范临床诊疗行为。	发现有不遵循指南、规范等进行诊疗活动的，1 例减 0.5 分。
15.3	医院开展遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范以及临床路径管理有关要求等执行情况检查。	1.未开展检查或检查中发现了问题未整改不得分。 2.执行有缺陷减 0.2 分。
(十六)开展诊疗活动应当遵循患者知情同意原则，履行告知义务，尊重患者的自主选择权和隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰，并对患者的隐私保密。完善保护患者隐私的设施和管理措施（2.5 分）。 【标准概述】知情同意是医学领域的一项基本原则，医务人员必须告知足够的信息，使患者或主要利益相关方在充分理解某种医疗行为、医疗方案和医疗措施的前提下对是否同意接受诊疗做出决定，以示对患者自主权和自身权尊重。		
16.1	医院有相关制度保障患方（患者或其近亲属、授权委托人）充分了解其权利。	
16.1.1	有保障患者合法权益的相关制度并落实。	1.未建立相关制度不得分。 2.制度落实有缺陷减 0.1 分。
16.1.2	对患方病情、诊断、医疗措施、医疗风险和替代医疗方案进行告知。	1.未告知不得分。 2.告知有缺陷减 0.1 分。
16.1.3	患方对医务人员的告知情况能理解并在病历中体现。	无记录减 0.5 分。
16.1.4	医院向患者充分说明并履行书面知情同意手续，如为未成年人及无能力做出自我决定的人员，则向其监护人或授权委托人进行说明，并使用相应的知情同意书。	1.未履行书面知情同意手续不得分。 2.知情同意书填写不全减 0.1 分。

标准序号	评审要点	评分方法
16.1.5	医院在非公共场所录音录像拍照与使用前取得患者和/或家属的书面知情同意。	未取得书面知情同意减 0.5 分。
16.1.6	医院对患者提出拒绝护理或中止治疗的书面要求时，应予以尊重，并告知患者或其所有利益相关方权利和责任。	无告知记录减 0.5 分。
16.1.7	主管部门对患者隐私保护有检查与监管。	1.无检查与监管资料减 0.1 分。 2.资料不完整或有缺陷减 0.1 分。
16.2	向患方说明病情、治疗方案、特殊治疗及处置，并获得其同意，说明的内容应有记录。	
16.2.1	对医务人员有知情同意和告知技能的培训。	1.无培训资料减 0.1 分。 2.资料不完整或有缺陷减 0.1 分。
16.2.2	医务人员能根据医患沟通制度与流程，用患者易懂的方式、语言与患方进行沟通，履行手术、麻醉、高危诊疗操作、特殊检查、特殊治疗（如化疗、放疗）、使用血液制品、贵重药品、耗材等书面知情同意手续。	1.未建立医患沟通制度不得分。 2.未建立相关沟通流程减 0.2 分。 3.未履行相关书面同意手续减 0.5 分。 4.知情同意书填写不全减 0.1 分。
16.2.3	主管部门对患方知情同意工作的管理有监督、检查、分析、反馈。	无分析、反馈资料减 0.1 分。
16.3	保护患者的隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰。	
16.3.1	有保护患者隐私权的相关制度和具体措施。	1.未建立制度不得分。 2.无具体措施减 0.1 分。
16.3.2	有尊重民族习惯和宗教信仰的相关制度和具体措施。	1.未建立制度不得分。 2.无具体措施减 0.1 分。
16.3.3	医务人员熟悉相关制度，了解不同民族、种族、国籍以及不同宗教患者的不同习惯。	1.医务人员不熟悉相关制度减 0.1 分。 2.不了解相关患者的不同习惯减 0.1 分。
16.3.4	对患者的精神和心灵照顾需求有回应，并为不同宗教信仰的患者提供相应的保障措施。	无保障措施减 0.1 分。
16.3.5	医务人员自觉保护患者隐私，除法律规定外未经本人同意不得向他人泄露患者情况。	非正常泄露患者情况不得分。
16.4	有保护患者隐私的设施和管理措施。	
16.4.1	有私密性的诊疗环境。	诊疗环境私密性有缺陷减 0.1 分。
16.4.2	在患者进行暴露躯体检查时提供保护隐私的措施。	保护隐私措施未做到减 0.1 分。
16.4.3	多人病室各病床之间有隔帘或间隔设施。	无隔帘或间隔设施减 0.1 分。
16.4.4	有专用的医患沟通及知情告知场所。	未设置特定场所减 0.1 分。
（十七）建立医院全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度（2 分）。 【标准概述】医疗质量管理与控制工作制度在诊疗活动中对保障医疗质量发挥重要的基础性作用，医务人员应当严格遵守相关制度。		
17.1	建立并执行医疗质量管理与控制制度。	未建立制度不得分。

标准序号	评审要点	评分方法
17.2	有医疗质量关键环节（如急危重患者管理、围手术期管理、输血管理、药物管理、有创诊疗操作等）管理制度与措施。	1.相关管理制度缺一项减 0.5 分。 2.无相关管理措施减 0.2 分。 3.执行落实有缺陷减 0.1 分。
17.3	有重点部门（急诊科、手术室、血液透析室、内窥镜室、导管室、重症监护、产房、新生儿病房、消毒供应中心等）的管理制度与措施。	1.相关管理制度缺一项减 0.5 分。 2.无相关管理措施减 0.2 分。 3.执行落实有缺陷减 0.1 分。
17.4	主管部门对制度的执行、措施的落实有检查与监管。	1.无检查与监管减 0.3 分。 2.无相关检查与监管资料减 0.2 分。 3.资料有缺陷减 0.1 分。
(十八)熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价，完善本院医疗质量管理相关指标体系，掌握本院医疗质量基础数据（2 分）。 【标准概述】根据卫生健康行政部门和医院的管理需求，建立和完善本院医疗质量管理相关指标体系。医院职能部门、各临床与医技科室的质量管理人员能够应用全面质量管理的原理，通过适宜质量管理改进的方法及质量管理技术工具开展持续质量改进活动，并做好质量改进效果评价。		
18.1	有本院医疗质量管理相关指标体系。	无指标体系不得分。
18.2	各主管部门与职能部门能运用管理工具统计分析质量与安全指标、风险数据、重大质量缺陷等资料，对质量与安全工作实施监控，并定期总结、分析、反馈，有记录。	1.查阅相关资料，无实例或案例不得分。 2.对存在的问题未提出改进建议减 0.2 分。 3.资料不完整或有缺陷减 0.1 分。
18.3	相关管理人员能运用质量管理改进的方法及质量管理常用技术工具分析、评估管理问题，提出改进建议。	1.无自查减 0.2 分。 2.无运用医疗质量管理工具资料减 0.5 分。 3.记录不完整或有缺陷减 0.1 分。
18.4	科室对质量指标考核项目自查，对存在问题有分析和改进措施，能够熟练运用医疗质量管理工具进行自评与改进，并有改进记录。	1.未运用医疗质量管理工具进行自评与改进减 0.5 分。 2.记录不完整或有缺陷减 0.2 分。
(十九)加强临床专科服务能力建设，重视专科协同和中西医共同发展，制订专科建设发展规划并组织实施，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式（2 分）。 【标准概述】临床专科服务能力建设在完善医疗服务体系、促进临床学科可持续发展、优化优质医疗资源合理布局、推动医院内涵建设，提升医院核心竞争力至关重要。开展个体化的多学科诊疗模式对疾病诊断和治疗进行深入分析，为患者制定合理有效的个体化诊疗方案，有利于提高诊疗效率。		
19.1	建立临床专科建设评估工作制度和多学科诊疗管理制度。	未建立相关制度不得分。
19.2	医院制订有专科建设发展（包括中西医共同发展）的规划和措施。	1.无规划不得分。 2.无措施减 0.5 分。
19.3	科室有详细的专科发展规划及具体实施计划。	1.无规划不得分。 2.无具体实施计划减 0.5 分。
19.4	对疑难危重患者、恶性肿瘤患者，实施多学科综合诊疗。	1.未开展多学科综合诊疗不得分。 2.开展有缺陷减 0.2 分。 3.多学科综合诊疗资料不完善减 0.1 分。

标准序号	评审要点	评分方法
19.5	主管部门对临床专科建设和多学科综合诊疗工作有检查、分析和反馈。	1.无检查、分析和反馈资料减 0.5 分。 2.资料不完整或有缺陷减 0.1 分。
(二十)加强单病种质量管理与控制工作，建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系，促进医疗质量精细化管理（2.5 分）。 【标准概述】医疗机构应按照卫生健康行政主管部门要求，结合本院实际情况制定单病种管理制度、建立本院单病种管理指标、单病种数据库以及实行信息化管理，以规范临床诊疗行为，加强医疗质量管理，提高医疗服务水平。		
20.1	结合本院实际情况制定单病种管理制度和措施。	1.未建立制度减 0.5 分。 2.无管理措施减 0.2 分。
20.2	建立单病种数据库。	无数据库减 0.3 分。
20.3	有专人按规定负责报送单病种质量管理相关数据信息。	无专人负责报送减 0.1 分。
20.4	科室对单病种管理中存在的问题有分析整改。	1.无相关资料减 0.2 分。 2.资料不完善减 0.1 分。
20.5	主管部门有监管，每季度对监测指标进行汇总与分析，问题及时反馈。	1.无汇总分析减 1 分。 2.问题未及时反馈减 0.2 分。
20.6	单病种管理达到卫生健康行政部门要求，实行信息化管理。	1.未实行信息化管理减 0.3 分。 2.信息化管理有缺陷减 0.1 分。
(二十一)制订满意度监测指标并不断完善，定期开展患者和员工满意度监测，改善患者就医体验和员工执业感受（2 分）。 【标准概述】提高患者和员工满意度，改善患者就医体验和员工执业感受是医院管理追求的目标。按照患者的服务流程以及社会对其要求满足程度的感受，设计与确定医院满意度测评指标体系，实施社会评价活动。		
21.1	建立社会满意度测评指标体系并开展社会评价活动，确保社会评价结果的客观公正。	1.未建立社会满意度测评指标体系减 1 分。 2.未开展社会评价活动减 0.5 分。
21.2	有定期收集院内(包括员工与患者满意度)、院外对医院服务意见和建议的相关制度与流程，且有多种渠道。	1.未建立相关制度不得分。 2.无相关流程减 0.5 分。 3.未定期收集意见和建议减 0.2 分。 4.无多种渠道减 0.1 分。
21.3	主管部门对所收集的意见、建议和社会评价活动结果进行分析、反馈，有持续改进措施并得到落实。	1.无分析报告不得分。 2.分析报告不完善减 0.2 分。 3.医院内部未公布减 0.5 分。
(二十二)建立本院各科室医疗质量内部现场检查和公示制度（2 分）。 【标准概述】贯彻执行《医疗质量管理办法》，定期对医疗质量进行内部公示，促进科室之间的相互学习，改进医疗服务，规范医疗服务行为，促进医疗质量持续改进，保障医疗安全，提升服务水平。		
22.1	制定医疗质量内部公示制度。	未建立制度不得分。
22.2	科室医疗质量管理工作小组每月对科室内部医疗质量进行自查。	科室未对内部医疗质量进行自查减 1 分。
22.3	主管部门每季度对科室医疗质量情况进行分析，撰写分析报告，并以简报形式，在医院内部公布。	1.无分析报告不得分。 2.分析报告不完善减 0.2 分。 3.医院内部未公布减 0.5 分。

标准序号	评审要点	评分方法
(二十三)强化基于电子病历的医院信息平台建设，满足医疗质量管理与控制工作需要（2分）。 【标准概述】电子病历是患者医疗信息的集合，其临床数据信息来源于医院信息系统的各个环节，强化电子病历系统是临床信息化建设和医院提高医疗质量、工作效率、规范化管理等的需要。		
23.1	有医院信息管理制度。	未建立制度不得分。
23.2	医院电子病历系统符合《电子病历系统功能规范》。	未达到规范要求减0.5分。
23.3	电子病历系统具备病案质量控制功能，可实时对病历进行检查和审核。	未具备控制功能减0.5分。
23.4	能满足医院病案基本信息的采集，医疗质量指标数据的统计与分析。	系统不能满足相关功能减0.3分。
23.5	能自动生成医疗质量管理与控制工作的报表。	不能自动生成相关报表减0.2分。
(二十四)对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估，对医疗质量信息数据开展内部验证并及时分析和反馈，对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在的问题及时采取有效干预措施，评估干预效果，促进医疗质量持续改进（2分）。 【标准概述】运用科学管理方法对医疗质量问题和医疗安全风险进行干预和效果评估，以促进医疗质量持续改进。		
24.1	主管部门每月对全院各科室医疗质量情况进行现场检查、评估和考核。	1.未做到每月考核减0.5分。 2.履行管理职责有缺陷减0.2分。
24.2	有专人对相关医疗质量信息数据进行内部审核、分析和反馈。	1.无专人进行内部审核等工作不得分。 2.履行管理职责有缺陷减0.2分。
24.3	定期对存在的医疗质量问题和医疗安全风险进行讨论和分析，并提出改进措施。	查阅院科两级管理组织相关记录。 1.未定期讨论和分析减0.2分。 2.无讨论记录不得分。 3.记录不完整或有缺陷减0.1分。 4.无改进措施减0.2分。 5.改进措施未落实减0.2分。
24.4	有干预和改进效果的评估报告。	1.无评估报告不得分。 2.评估报告不完善减0.2分。

二、医疗质量安全核心制度

标准序号	评审要点	评分方法
(二十五)医院应当落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度，并组织全员培训（2分）。 【标准概述】《医疗质量管理办法》、《医疗质量安全核心制度要点》是医院医疗质量管理的核心指南，医院应当根据《要点》和本机构实际，制定、完善本机构核心制度和相关配套制度，细化工作流程，加强对医务人员的培训、教育和考核，使核心制度真正融入诊疗活动和全院工作流程中。		
25.1	根据《医疗质量管理办法》、《医疗质量安全核心制度要点》，制定符合医院实际的医疗质量安全核心制度。	1.未建立医院医疗质量安全核心制度不得分。 2.核心制度内容不完整或缺乏操作性减0.5分。

<table>
<tr><th>标准序号</th><th>评审要点</th><th>评分方法</th></tr>
<tr><td>25.2</td><td>针对不同的制度，开展该制度所涉及员工的全覆盖的培训。</td><td>抽查医院核心制度培训计划和培训记录。
1.无培训计划减 0.5 分。
2.计划不完善减 0.2 分。
3.无培训记录减 0.5 分。
4.培训覆盖率低于 90%减 0.5 分。
5.记录不完整减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>25.3</td><td>员工知晓，有效实施。</td><td>抽问 1-3 名工作人员，是否知晓相关内容，每 1 例知晓内容低于 50%减 0.1 分，知晓内容低于 75%减 0.05 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">(二十六)建立首诊负责制度。明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，保障患者诊疗服务连续性和医疗行为可追溯（2 分）。
【标准概述】首诊负责制是指患者的首位接诊医师（首诊医师）在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前，负责该患者全程诊疗管理的制度。医院在患者就诊时，为强化医疗质量和安全管理，应明确患者所有诊疗过程的负责人，落实到个人和科室。体现为明确、连续的全流程诊疗管理，该项制度应覆盖医院内所有医务人员的行为，凡在与患者相关的医疗活动，都必须记录在患者的医疗记录上，并签名以便追溯。</td></tr>
<tr><td>26.1</td><td>制定首诊负责制度，明确责任和要求。</td><td>未建立制度不得分。</td></tr>
<tr><td>26.2</td><td>制度明确指定患者所有诊疗过程的负责医护人员，确保患者的所有诊疗过程有人负责。</td><td>责任不明确减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>26.3</td><td>制度明确医生接诊的首要职责是判断患者病情，能识别急危重症和普通患者，进行分类处理。</td><td>职责不明确减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>26.4</td><td>制度对相关医疗记录有明确要求，所有与患者相关的医疗行为必须在病历中体现，并签名可追溯。</td><td>要求不明确减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>26.5</td><td>制度明确非本院诊疗科目范围内疾病处理原则：即应告知患方到相应医院就诊并记录其病历中，但属于急危重的患者应给与积极抢救，待病情稳定后转院。</td><td>制度不完善减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">(二十七)建立三级查房制度。实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度，严格明确查房周期。明确各级医师的医疗决策和实施权限（2 分）。
【标准概述】三级查房是指医院实施在科主任领导下的三个级别的医师开展医疗查房的活动，科主任根据科室/病区床位、工作量、医师的专业资质层次和能力等要素可组建若干个医疗团队（或称主诊医师制、医疗组长制等），指定医疗团队的负责人（含医疗组长、主诊医师和带组的主任医师等），中间级别和最低级别的医师可参照职称、个人技术能力等因素选拔和认定，报医疗管理部门审核和相关委员会批准并定期调整。</td></tr>
<tr><td>27.1</td><td>制订三级查房制度，明确相关责任及要求。</td><td>未建立制度不得分。</td></tr>
<tr><td>27.2</td><td>明确医师分级标准。</td><td>标准不明确减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>27.3</td><td>明确下级医师服从上级医师，所有医师服从科主任的工作原则。</td><td>原则不明确减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>27.4</td><td>明确医师决策和实施权限。</td><td>权限不明确减 0.2 分。</td></tr>
</table>

标准序号	评审要点	评分方法
27.5	明确查房周期。	对周期无要求减 0.2 分。
27.6	明确查房行为规范。	对查房规范要求不明确减 0.2 分。
27.7	对药师、护理查房建立相关要求。	无相应要求减 0.2 分。
(二十八)建立会诊制度。明确各类会诊的具体流程和时间要求，统一会诊单格式及填写规范。会诊请求人员应当陪同完成会诊，并按规定进行记录（2 分）。 【标准概述】会诊是指出于诊疗需要，由本科室以外或本机构以外的医务人员协助提出诊疗意见或提供诊疗服务的活动。当患者罹患疾病超出了本科室诊疗范围和处置能力，且经评估需要院内、外其他科室医务人员协助诊疗，此种情形可以发出会诊申请，医院应对会诊相关行为规范进行明确要求。		
28.1	制订会诊制度，明确相关责任及要求。	未建立制度不得分。
28.2	对不同形式的会诊资质有明确规定，有保障会诊质量的措施。	1. 会诊资质要求不明确减 0.2 分。 2. 无保障质量措施减 0.2 分。
28.3	明确会诊范围及相关组织管理。	1. 范围不明确减 0.2 分。 2. 无管理部门减 0.2 分。
28.4	明确不同会诊的时限要求。	时限要求不明确减 0.2 分。
28.5	明确会诊流程（包括普通会诊、急会诊、多科联合会诊等）及相关记录规范。	1. 无流程减 0.2 分。 2. 记录不规范减 0.2 分。
28.6	对会诊和请会诊医师行为规范有明确要求(包括陪同会诊，介绍病情、做好记录等)。	无会诊与请会诊行为规范要求减 0.2 分。
(二十九)建立分级护理制度。按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，规范各级别护理的内容。合理动态调整护理级别，护理级别应当明确标识（2 分）。 【标准概述】按照国家分级护理管理相关指导原则，医疗机构应根据医院实际制定分级护理制度、规范各级别护理内容并落实。		
29.1	依据《护理分级》(WS/T 431-2013)，制定符合医院实际的护理分级制度、流程及分级护理质量评价标准。	1. 未依据《护理分级》要求制订符合医院实际的分级护理制度减 0.6 分。 2. 无护理分级流程减 0.2 分。 3. 无分级护理质量评价标准减 0.2 分。
29.2	根据患者病情动态调整护理级别，有护理级别标识。	1. 抽查 2 份病历，护理级别无动态调整每例减 0.5 分。 2. 护理级别无标识每例减 0.5 分。
(三十)建立值班与交接班制度。有全院性医疗值班体系，明确值班岗位职责、人员资质和人数并保证常态运行。实行医院总值班制度，总值班人员需接受培训并考核合格。医院及科室值班表应当全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。值班人员资质和值班记录应当符合规定。非本机构执业医务人员不得单独值班。值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历（2 分）。 【标准概述】值班与交接班是为了保障医院医疗活动的连续性，需要明确值班岗位职责、值班人员资质，并根据职责内容、工作强度和实际需要安排值班人数。值班交班常态运行，值班活动有记录可追溯。医院实施行政总值班人员，由职能部门人员担任，应当进行培训并考核满足总值班岗位要求。值班岗位和值班人员信息应统一院内公开，便于查阅。非本机构执业医务人员不得单独值班，值班期间临床诊疗活动需记入病历。		
30.1	制订值班与交接班制度，明确相关责任及要求。	未建立制度不得分。
30.2	建立全院性医疗值班体系，包括临床、医技、护理部门以及提供诊疗支持的后勤部门，明确值班岗位职责并保证常态运行。	1. 全院性医疗值班体系不健全减 0.2 分。 2. 值班职责不明确减 0.2 分。

标准序号	评审要点	评分方法
30.3	实施医院总值班制度，对值班人员实施岗前培训考核。	1.未实行总值班减 0.5 分。 2.无岗前培训考核减 0.2 分。
30.4	对值班岗位人员资质和人数有明确要求，科室科务公开栏可查看值班表。	1.对资质、岗位数无要求减 0.2 分。 2.查看 3-5 个科室值班表，不规范 1 处减 0.1 分。
30.5	对各级值班人员行为规范进行明确要求，包括值班地点、通讯畅通、工作记录等。	值班行为规范要求不明确减 0.2 分。
(三十一)交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班（2 分）。 【标准概述】值班与交接班记录本是科室必备记录本之一，需要交班的内容应规范记录，签字确认，四级手术和急危重患者必须增加床旁交班，并在值班记录上注明。		
31.1	对交接班内容有明确要求，建立专用交接班本和签字规范。	1.无专用交班本和签字不规范减 0.5 分。 2.交接班本填写不规范，一处减 0.1 分。
31.2	对重点病人如急危重症、四级手术等病人有床旁交接班规范与在值班记录上注明。	1.无重点病人交接班规范减 0.5 分。 2.值班记录未注明或记录不完善减 0.2 分。
(三十二)建立疑难病例讨论制度。医院和科室应当确定疑难病例的范围，明确参与讨论人员范围、组成和流程要求。讨论内容专册记录，讨论结论记入病历（2 分）。 【标准概述】疑难病例讨论是提高医疗质量的重要途径，明确本医院和本科室疑难病例的范围是规范疑难病例讨论管理的第一步，医院应当明确参与讨论人员范围、讨论形式和流程等要求，讨论内容专册记录，讨论结论记入病历。		
32.1	制订疑难病例讨论制度，明确相关责任及要求。	未建立制度不得分。
32.2	明确疑难病例的范围。	范围不明确减 0.2 分。
32.3	对疑难病例讨论组织管理有明确要求。	要求不明确减 0.2 分。
32.4	对参加疑难讨论的人员有明确要求。	要求不明确减 0.2 分。
32.5	对疑难病例讨论记录规范有明确要求。	1.要求不明确减 0.2 分。 2.记录不规范减 0.2 分。
32.6	疑难病例讨论有时限要求。	1.要求不明确减 0.2 分。 2.到时限未讨论减 0.2 分。
32.7	定期对疑难病例讨论执行情况进行检查、分析和反馈整改。	查阅职能部门工作记录。 1.未进行相关工作减 0.5 分。 2.工作不完善减 0.2 分。
(三十三)建立急危重患者抢救制度。医院和科室应当确定急危重患者的范围，医院建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制。抢救完成后 6 小时内应当将抢救记录记入病历（2 分）。 【标准概述】急危重患者是医疗活动中重点关注的人群，应优先救治，全力救治和争取诊疗结果最佳化。医院应当明确医院和科室急危重患者的范围，同时建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制。规范抢救记录，抢救完成后 6 小时内应当将抢救记录记入病历。		
33.1	制订急危重患者抢救制度，明确相关责任及要求。	未建立制度不得分。
33.2	明确急危重患者范围。	范围要求不明确减 0.2 分。

标准序号	评审要点	评分方法
33.3	建立抢救资源配置与紧急调配的机制，确保各单元抢救设备和药品可用。	调配机制要求不明确减 0.2 分。
33.4	明确抢救人员职责和权限。	职责权限要求不明确减 0.2 分。
33.5	对抢救记录规范作明确要求。	1.记录规范要求不明确减 0.2 分。 2.记录不规范减 0.2 分。 3.未按时间要求及时记录减 0.2 分。
(三十四)建立术前讨论制度。医院应当明确不同术前讨论形式的参加人员范围和流程。科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。术前讨论的结论记入病历（2 分）。 【标准概述】术前讨论是防范手术风险的重要关口，所有手术必须完成术前讨论，限于医院手术量大，手术难度不一，风险程度不同，故采取适宜的术前讨论范围是提高工作效率的有效途径，科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。术前讨论的结论记入病历。		
34.1	制订术前讨论制度，明确相关责任及要求。	未建立制度不得分。
34.2	医院明确实施术前讨论的形式和范围。	1.术前讨论形式不明确减 0.2 分。 2.范围不明确减 0.2 分。
34.3	科室结合自身实际制订本科室术前讨论范围，并报医务部门审核。	查看职能部门资料。 1.无科室术前讨论范围备案减 0.5 分。 2.备案资料不完善减 0.2 分。
34.4	对术前讨论行为规范和记录规范进行明确要求。	1.记录规范要求不明确减 0.2 分。 2.记录不规范减 0.2 分。
34.5	临床有效落实。	抽查 3-5 份手术病历。 1.未进行术前讨论实施手术不得分。 2.术前讨论不规范 1 例减 0.2 分。
(三十五)建立死亡病例讨论制度。医院应当监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录应当符合规定（2 分）。 【标准概述】死亡事件是医院最重要的质量结果，死亡讨论目的是总结经验教训，持续改进医疗质量，医院要高度重视，建立全面的死亡病例讨论流程，监测全院死亡病例并及时进行汇总分析以此持续改进质量。		
35.1	制订死亡病例讨论制度，明确相关责任及要求。	未建立制度不得分。
35.2	对死亡病例讨论时限、范围进行明确要求。	时限、范围要求不明确减 0.2 分。
35.3	对死亡病例讨论记录规范有明确要求。	1.记录规范要求不明确减 0.2 分。 2.记录不规范减 0.2 分。
35.4	临床有效执行。	抽查 3-5 个科室死亡讨论记录，不规范 1 例减 0.2 分。
35.5	医疗机构定期对全部死亡病例进行汇总分析，针对诊疗规范及服务流程问题提出持续改进意见。	1.未进行分析减 0.5 分。 2.无改进减 0.5 分。
(三十六)建立查对制度。医院查对制度应当涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等方面。医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行（2 分）。 【标准概述】医疗活动针对不同的患者有不同的诊疗措施，查对就是确保对正确的患者实施正确的检查、正确的治疗，是落实患者安全目标的重要手段。同时为确保患者接受规范的治疗，医院设备设施和环境也应定期查对。		
36.1	制订查对制度，明确相关责任及要求。	未建立制度不得分。

<table>
<tr><th>标准序号</th><th>评审要点</th><th>评分方法</th></tr>
<tr><td>36.2</td><td>对查对制度适用范围有明确要求。</td><td>范围要求不明确减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>36.3</td><td>对查对规范有明确要求：包括使用 2 种以上查对方式，严禁将床号作为身份查对的标识，为无名患者进行诊疗活动时，须双人核对。用电子设备辨别患者身份时，仍需口语化查对等。</td><td>1.未按规范要求进行查对不得分。
2.方式要求不明确减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>36.4</td><td>对医疗器械、设施、药品、标本等查对建立相关要求。</td><td>1.要求不明确减 0.2 分。
2.未按要求进行查对减 0.2 分。
3.无查对记录减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">(三十七)建立手术安全核查制度。建立手术安全核查制度和标准化流程，将产房分娩核查纳入核查内容。手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。手术安全核查表纳入病历（2 分）。
【标准概述】手术是重要的医疗行为，手术安全审查是落实患者安全目标的重要手段，正确的患者、正确的部位、正确的手术是国际上通用的手术安全核查管理要求，分娩流程核查应标准化，手术安全核查应规范记录并纳入病历管理。</td></tr>
<tr><td>37.1</td><td>制订手术安全核查制度，明确相关责任及要求。</td><td>未建立制度不得分。</td></tr>
<tr><td>37.2</td><td>对手术安全核查范围和核查内容进行明确要求。</td><td>核查范围和内容要求不明确减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>37.3</td><td>建立手术安全核查标准化流程，明确责任与分工。</td><td>流程要求不明确减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>37.4</td><td>规范手术安全核查表的填写和管理。</td><td>1.相关管理要求不明确减 0.2 分。
2.未执行相关流程填写表单和记录不得分。
3.记录不规范减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">(三十八)建立手术分级管理制度。建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。建立手术分级授权管理机制和手术医师技术档案。医院应当对手术医师能力进行定期评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整（2 分）。
【标准概述】手术分级管理是规范医疗技术临床应用的重要内容，在本院开展的所有手术项目都应分级。对手术医师应当根据其能力、既往手术结果等按照手术名称进行授权并建立手术技术档案，并定期动态调整。</td></tr>
<tr><td>38.1</td><td>制订手术分级管理制度，明确相关责任及要求。</td><td>未建立制度不得分。</td></tr>
<tr><td>38.2</td><td>明确手术分级依据和标准，且符合国家规定。</td><td>1.标准不明确减 0.2 分。
2.不符合国家规定减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>38.3</td><td>建立手术分级目录。</td><td>1.无目录不得分。
2.目录不完整减 0.5 分。</td></tr>
<tr><td>38.4</td><td>手术分级应细化到术式，具体到个人。</td><td>1.未细化到术式减 0.2 分。
2.未具体到个人减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>38.5</td><td>建立手术分级授权的标准化流程。</td><td>1.未建立流程减 0.5 分。
2.流程不规范减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>38.6</td><td>建立手术医师技术档案，有具体指标对手术医师能力进行评价。</td><td>1.未建立技术档案不得分。
2.技术档案不完善减 0.5 分。</td></tr>
<tr><td>38.7</td><td>定期对手术医师能力进行再评估和动态调整。</td><td>未按要求动态评估减 1 分。</td></tr>
</table>

标准序号	评审要点	评分方法
(三十九)建立新技术和新项目准入制度。建立本院医疗技术临床应用目录并定期更新。建立新技术和新项目审批流程，所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用（2分）。 【标准概述】新技术和新项目旨在促进医学发展、科学进步，但可能存在安全风险。医院应明确新技术新项目管理的内容，建立医疗技术临床应用目录明确常规开展的医疗技术，目录外项目均应纳入新技术新项目的管理范围（立项的科研活动除外），新技术应建立申报、专家论证、伦理审批等流程实施准入，以保证技术质量，防范医疗风险。		
39.1	制订新技术新项目准入管理制度，明确相关责任及要求。	未建立制度不得分。
39.2	建立本机构医疗技术和诊疗项目临床应用清单并定期更新。	1.无清单不得分。 2.清单不完善或未及时更新减0.5分。
39.3	建立新技术和新项目审批流程，所有新技术和新项目必须经过本机构相关技术管理委员会和医学伦理委员会审核同意后，方可开展临床应用。	1.无流程不得分。 2.流程不完善减0.2分。 3.查阅院科新技术档案3-5份，未按流程审批1例减0.2分。 4.无委员会会议记录减1分。 5.记录有缺陷减0.2分。
(四十)明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围、论证可能存在的安全隐患或技术风险并制定相应应急预案。建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估（2分）。 【标准概述】新技术新项目属于创新、探索性的工作，减少不安全的风险在于限定合格的人员实施，并通过论证最大限度发现安全隐患和技术风险，制定相应的预案及时处置不良损害。新技术新项目开展后应及时开展全程追踪管理，质量控制和动态评估，及时终止不良技术损害。		
40.1	明确新技术和新项目临床应用的专业人员范围，加强新技术和新项目质量控制工作。	1.人员资质无相关要求减0.5分。 2.无质量控制措施减0.3分。
40.2	新技术和新项目临床应用前要充分论证可能存在的安全隐患或技术风险，并制定相应应急预案。	1.无风险论证减0.5分。 2.未制定相应应急预案减0.3分。
40.3	建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，评估内容包括质量、安全、效率和效益等，对评估时限也应明确要求。	1.未建立评估制度不得分。 2.无相关要求减0.5分。
40.4	对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。	查阅医院科室新技术追踪报告3-5份。 1.未追踪评估或分析1例减0.2分。 2.资料不完整减0.2分。
(四十一)建立危急值报告制度。制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。分别建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范，确保危急值信息传递各环节无缝对接和关键要素可追溯。临床危急值信息专册登记（2分）。 【标准概述】危急值是危及患者生命的重要检验检查结果，需要以最快的速度通知临床和患者，以便采取及时的措施实施处置，以实现治疗效果的最优化。住院和门急诊均应建立危急值清单及报告、处置流程，并根据临床需求动态调整，危急值信息应建立专册登记确保可追溯，危急值应增强提示功能。		
41.1	制订危急值报告管理制度，明确相关责任及要求。	未建立制度不得分。

标准序号	评审要点	评分方法
41.2	制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。	1.无清单减 0.5 分。 2.未定期调整减 0.3 分。
41.3	建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范。	1.无管理流程相关要求减 0.5 分。 2.记录不规范减 0.3 分。
41.4	建立危急值核对机制。	无核对相关要求减 0.5 分。
41.5	建立外送检验检查项目危急值报告管理流程。	外检报告危急值无流程与相关要求减 0.5 分。
41.6	统一制定临床危急值信息登记专册和模板，确保危急值信息报告全流程的人员、时间、内容等关键要素可追溯。	1.无登记专册或模板及相关要求减 0.5 分。 2.登记专册或模板不完善减 0.3 分。
（四十二）建立病历管理制度。严格落实国家有关法律法规以及病历书写、分类编码、管理与应用相关规定，建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度。医院应当保障病历资料安全，病历内容记录与修改信息可追溯（2 分）。 【标准概述】医疗机构应当建立住院及门急诊病历管理和质量控制制度，严格落实国家病历书写、管理和应用相关规定，建立医疗文书的书写、分类编码、质控、保存、应用等环节的管理，保障病历质量与安全。		
42.1	病历管理符合《中华人民共和国民法典》《医疗事故处理条例》《病历书写基本规范》和《医疗机构病历管理规定》等有关法规、规范。	
42.1.1	医院设置有病案科（室），配设相应的设施、设备，人员结构梯队满足医院需求，有从事医疗或管理高级职称的人员负责病案科（室）。	1.未设置病案科（室）减 0.2 分。 2.未配置相应设施、设备减 0.1 分。 3.人员梯队不满足医院需求减 0.05 分。
42.1.2	制定病案管理、使用等方面的制度、规范、流程等执行文件，并对相关人员进行培训与教育。	1.无相应文件及培训计划不得分。 2.文件及培训计划内容不完整减 0.05 分。 3.文件及培训计划未执行落实减 0.05 分。
42.2	按《病历书写基本规范》要求书写门诊、急诊与住院病历，按现行规定保存病历资料，保证可获得性。疾病与手术编码符合相关要求。	
42.2.1	按《病历书写基本规范》要求，为每一位门诊、急诊患者建立就诊记录或急诊留观病历。	1.门诊、急诊患者未建立门诊、急诊病历、急诊留观病历或就诊记录不得分。 2.就诊记录或急诊留观病历记录不完整减 0.05 分。
42.2.2	为每一位住院患者建立并保存病案，有唯一识别病案资料的病案号。	无唯一病案号减 0.1 分。
42.2.3	住院病案首页信息完整，有各级医师签字。	1.首页不完整减 0.1 分。 2.首页未体现三级医师均签字减 0.05 分。
42.2.4	病案首页中的疾病诊断顺序、主要诊断与主要手术、操作选择应符合《住院病案首页数据填写质量规范》。	1.主要诊断与主要手术、操作漏填或错填减 0.05 分。 2.其他诊断与主要手术、操作漏填或错填减 0.05 分。
42.2.5	患者出院后，住院病历在 3 个工作日之内回归病案科（室）达≥90%，5 个工作日内回归病案科（室）100%。	1.出院病历 3 个工作日归档率＜90%减 0.1 分。 2.出院病历 5 个工作日归档率＜100%减 0.2 分。

标准序号	评审要点	评分方法
42.2.6	采用国家卫生健康委员会最新发布的疾病分类ICD-10与手术操作分类ICD-9-CM-3，对出院病案进行分类编码。	1.未按照国家卫健委最新发布的疾病分类代码进行编码减0.1分。 2.主要诊断或主要手术编码正确率＜90%减0.1分。
42.3	有病历书写质量的评估机制，定期提供质量评估报告。	
42.3.1	有病历质量控制与评价组织，且由具备主治医师以上资格且有5年以上管理住院病人临床工作经历的人员主持。	1.无病历质量控制与评价组织减0.05分。 2.组织人员不符合要求减0.02分。
42.3.2	院科两级落实整改措施，持续改进病历质量，病历甲级率≥90%，无丙级病历。	1.无整改措施减0.03分。 2.病历甲级率＜90%减0.05分。 3.有丙级病历减0.1分。
42.4	严格执行借阅、复印或复制病历资料制度，防止丢失、损毁、篡改、非法借阅、使用和患者隐私的泄露，加强安全管理，保护病案及信息的安全。	
42.4.1	医院有保护病案及信息安全的相关制度，有应急预案，病案科（室）工作人员知晓应急预案及处置流程。	1.未建立相应制度不得分。 2.无应急预案或流程减0.05分。 3.文件不完整减0.02分。 4.文件未执行落实减0.03分。 5.抽问1-3个工作人员，是否知晓相关内容，每1例知晓内容低于50%减0.03分，知晓内容低于75%减0.02分。
42.4.2	有病案服务管理制度与程序，有回避与保护患者隐私的措施。	1.未建立相关制度与程序不得分。 2.无措施减0.05分。 3.制度与措施不完善减0.02分。 4.制度与措施未执行落实减0.03分。
42.4.3	为患者及其授权委托人、司法机关和医疗保险机构人员提供病案服务，履行借阅、复印或复制申请核查与病案信息核查，保留相关借阅、复印或复制人的申请、身份证明、委托证明等资料。	1.不能提供借阅、复印等服务减0.05分。 2.相应流程不完善减0.05分。 3.未保留相关资料减0.02分。
42.5	建立科学的病案管理体系，包括病案编号及示踪系统，出院病案信息的查询系统。	
42.5.1	有出院病案信息的查询系统，根据病案首页内容的任意项目查询住院患者的病案信息。至少能提供3年以上完整信息。	1.无查询系统减0.1分。 2.住院患者的病案信息查询不完整减0.05分。 3.不能为评审提供3年以上完整信息减0.05分。
42.5.2	每份病案去向可查。	病案去向不可查减0.05分。

（四十三）实施电子病历的医院，应当建立电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度（2分）。
【标准概述】按照《电子病历应用管理规范》相关要求，规范医疗机构电子病历应用管理，满足临床工作需要，保障医疗质量和医疗安全，保证医患双方合法权益。

标准序号	评审要点	评分方法
43.1	电子病历符合《电子病历应用管理规范》《医疗机构病历管理规定》《病历书写基本规范》。建立、健全电子病历使用的相关制度和规程。	

标准序号	评审要点	评分方法
43.1.1	电子病历符合《电子病历应用管理规范》、《医疗机构病历管理规定》、《病历书写基本规范》。	电子病历不符合相关要求减 0.2 分。
43.1.2	有电子病历使用的相关制度、规程和应急预案等。	1.未建立相关制度不得分。 2.无规程或应急预案减 0.1 分。 3.制度、规程与应急预案内容不完整减 0.05 分。 4.制度、规程与应急预案未执行落实减 0.05 分。
43.1.3	电子病历系统设置有病历查阅权限，并保证医务人员查阅病历的需要，能够及时提供并完整呈现该患者的电子病历资料。	1.无查阅权限设置减 0.05 分。 2.不能完整呈现患者的电子病历资料减 0.05 分。
43.2	保障电子病历的安全。	
43.2.1	具备电子病历的安全管理体系和安全保障机制。	1.无相应体系及机制减 0.1 分。 2.相应体系及机制不完整减 0.05 分。 3.相应体系及机制未执行落实减 0.05 分。
43.2.2	电子病历系统采用可靠的电子签名与权威可靠时间源。	无可靠的电子签名或权威可靠时间源减 0.1 分。
43.3	电子病历创建、修改、归档等操作可溯源。	
43.3.1	具备对电子病历创建、修改、归档等操作的追溯能力。	相关操作不能溯源减 0.1 分。
43.3.2	电子病历系统应当为操作人员提供专有的身份标识和识别手段，并设置书写、审阅、修改的权限和时限。	无专有标识或未设置相应权限减 0.1 分。
（四十四）建立抗菌药物分级管理制度。严格按照《抗菌药物临床应用管理办法》等有关规定，建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理制度和具体操作流程，确定抗菌药物分级管理目录、医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，并定期调整（3分）。 【标准概述】建立抗菌药物分级管理制度。结合本院实际情况制定抗菌药物临床应用和管理实施细则，对抗菌药物使用实施分级管理。		
44.1	有抗菌药物临床应用和管理实施细则及抗菌药物分级管理制度,有抗菌药物临床应用的管理、监测与评价制度，有评价标准。	1.缺一项制度不得分。 2.无评价标准 0.1 分。
44.2	建立本院抗菌药物的遴选、采购管理制度、操作流程和目录。抗菌药物采购目录向卫生健康行政部门备案。有临床采购《基本用药供应目录》外抗菌药物的制度和程序,并落实执行。	1.未建立相关制度不得分。 2.无操作流程或目录减 0.1 分。 3.抗菌药物采购目录未向卫生健康行政部门备案减 0.1 分。 4.无临床采购《基本用药供应目录》或程序减 0.1 分。 5.未按制度和程序要求执行的减 0.1 分。

标准序号	评审要点	评分方法
44.3	确定抗菌药物分级管理目录、医生抗菌药物处方权限和医生会诊权限，并定期调整。有围手术期预防性应用抗菌药物管理制度，全院各类手术及围术期预防性应用抗菌药物管理措施落实到位，重点关注Ⅰ类切口手术的预防用药。	1.未确定抗菌药物分级管理目录、医生抗菌药物处方权限和会诊权限，并定期调整的，一项减 0.1 分。 2.未建立围手术期预防性应用抗菌药物管理制度不得分。 3.各类手术及围术期预防性应用抗菌药物管理措施落实不到位，未关注Ⅰ类切口手术的预防用药，每一项减 0.05 分。
44.4	参加省市或全国抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网。	未参加省市或全国抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网减 1 分。
44.5	主管部门对全院各类手术及围术期抗菌药物临床应用情况有检查、分析、反馈。有细菌耐药预警和通报机制,对监测结果有评价分析，对不合理用药有检查、干预和改进措施。	1.主管部门对全院各类手术及围术期抗菌药物临床应用情况无检查、分析总结和反馈的，每一项减 0.05 分。 2.无细菌耐药预警和通报机制,对监测结果无评价分析，对不合理用药、无检查、干预和改进措施，每一项减 0.05 分。
44.6	有检验、院感、药学三方联合完成的细菌耐药情况分析与对策报告，至少每半年一次。	1.无检验、院感、药学三方联合完成的细菌耐药情况分析与对策报告减 0.05 分。 2.至少每半年检查一次，不达标减 0.05 分。
44.7	药学部门对抗菌药物使用管理指标达标情况及处方点评结果有检查、分析、反馈。	1.药学部门对抗菌药物使用管理指标达标情况及处方点评结果未开展检查分析的减 0.05 分。 2.检查结果未反馈的减 0.05 分。
44.8	相关部门对抗菌药物分级管理和使用情况进行全程联合监管。	1.相关部门对抗菌药物分级管理和使用未进行全程联合监管的减 0.05 分。 2.对存在问题无反馈，并实施监控和干预减 0.05 分。
44.9	有明确的特殊使用级抗菌药物临床应用程序。开展抗菌药物追踪评价、用药指标均达到相关规定。	1.无明确的特殊使用级抗菌药物临床应用程序减 0.1 分。 2.未开展抗菌药物追踪评价减 0.1 分。 3.用药指标未达到相关规定减 0.1 分。

(四十五)建立临床用血审核制度。应当严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会或工作组，制定本院临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程。保障急救用血治疗需要（2 分）。

【标准概述】医院应按照国家关于医疗机构临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会或工作组，制定适合本院临床合理用血管理制度，并完善管理机制和具体流程。医院应建立和落实临床用血申请、申请审核制度，同时建立紧急用血预案，保障急救用血治疗需要。

标准序号	评审要点	评分方法
45.1	向公众宣传临床合理用血、无偿献血知识。	无合理用血和无偿献血宣传资料减 0.2 分。
45.2	临床输血管理员委员会有工作职责、制度和工作记录。	1.未建立工作职责与制度不得分。 2.无工作记录减 0.2 分。 3.工作记录不完善减 0.1 分。
45.3	用血申请单格式规范、书写规范、信息记录完整，输血申请单审核率 100%。	1.申请单书写缺陷减 0.1 分。 2.审核率不达标减 0.2 分。
45.4	临床同一患者一天内使用血液制品（含血浆和红细胞）超过 1600ml 履行报批手续，需要科室主任核准签发，报医务科批准，大量用血报批审核率 100%。	1.未履行报批手续减 0.3 分。 2.报批手续不全减 0.2 分。 3.批审核率不达标减 0.2 分。
45.5	紧急用血必须履行补办报批手续。	查阅 3-5 份紧急用血报批申请，报批手续有缺陷减 0.2 分。
45.6	医院有紧急用血预案，有具体保障措施。	1.无预案、措施减 0.2 分。 2.预案不完善减 0.1 分。

(四十六)建立信息安全管理制度。明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人，依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技术保障体系（2 分）。

【标准概述】医疗机构按照《全国医院信息化建设标准与规范》《中华人民共和国计算机信息系统安全保护条例》《全国公共卫生信息化建设标准与规范》等相关法律法规和技术标准要求，建立信息安全管理制度，对患者诊疗信息的收集、存储、使用、传输、处理、发布等实施全过程管理，保障患者诊疗信息安全。

标准序号	评审要点	评分方法
46.1	医疗机构主要负责人是医疗机构患者诊疗信息安全管理第一责任人。	第一责任人非医疗机构主要负责人减 0.2 分。
46.2	医疗机构应当依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技术保障体系。	1.未建立制度减 0.2 分。 2.未建立技术保障体系减 0.2 分。
46.3	完善组织架构，明确管理部门，落实信息安全等级保护等有关要求。	1.管理部门不明确减 0.2 分。 2.未达到有关要求减 0.2 分。
46.4	实施国家信息安全等级保护制度，信息系统安全保护等级不低于第二级，有落实的具体措施。	1.信息系统安全保护等级低于第二级减 0.2 分。 2.无具体措施减 0.2 分。
46.5	医疗机构应当建立患者诊疗信息安全风险评估和应急工作机制，制定应急预案。	1.无安全风险评估减 0.2 分。 2.无应急预案减 0.2 分。
46.6	信息系统运行稳定、安全，具有防灾备份系统，实行网络运行监控，有防病毒、防入侵措施。	1.无备份系统减 0.2 分 2.未实行网络运行监控减 0.2 分。 3.无防病毒、防入侵措施减 0.2 分。

(四十七)确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。对员工使用患者诊疗信息实行授权管理，明晰权责，为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障（2 分）。

【标准概述】医院维护患者诊疗信息的隐私和保密性，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理，保证全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。

标准序号	评审要点	评分方法
47.1	医疗机构应当确保实现本机构患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性，防止患者诊疗信息泄露、毁损、丢失。	
47.1.1	医院有诊疗信息管理流程。	无流程减 0.2 分。
47.1.2	该流程基于并符合法律法规的要求且为不同类别的数据和信息确定不同的保密级别。	1.流程不符合法律法规减 0.1 分。 2.未确定不同保密级别减 0.2 分。
47.1.3	监控该流程的落实情况，当数据的保密性、安全性或数据完整遭到破坏时，要采取相应措施。	1.未监控流程落实情况减 0.2 分。 2.无相应措施减 0.1 分。
47.1.4	定期开展患者诊疗信息安全自查工作，建立患者诊疗信息系统安全事故责任管理、追溯机制。	1.未定期开展自查工作减 0.1 分。 2.未建立安全事故责任管理、追溯机制减 0.1 分。
47.1.5	在发生或者可能发生患者诊疗信息泄露、毁损、丢失的情况时，应当立即采取补救措施，按照规定向有关部门报告。	1.无补救措施减 0.2 分。 2.未向有关部门报告减 0.1 分。
47.2	对员工使用患者诊疗信息实行授权管理，明晰权责。	
47.2.1	医疗机构应当建立员工授权管理制度。	未建立员工授权管理制度减 0.2 分。
47.2.2	医疗机构应当为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障，因个人授权信息保管不当造成的不良后果由被授权人承担。	1.员工使用患者诊疗信息不便利减 0.1 分。 2.无安全保障减 0.2 分。
47.2.3	实行信息系统操作权限分级管理，信息安全采用身份认证、权限控制（包括数据库和运用系统）、病人数据使用控制、保障网络信息安全和保护病人隐私。	未实行信息系统授权分级管理减 0.2 分。

三、医疗技术临床应用管理

标准序号	评审要点	评分方法
(四十八)医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应。医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则（2 分）。 【标准概述】医院依靠医疗技术开展医疗服务，技术能力应包括医务人员的诊疗技术、设备设施、医疗环境等，医疗技术能力可满足日常医疗服务的需要，对医疗技术的临床应用有定期的评估，评估内容包括科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理等。		
48.1	技术能力包括对医务人员的技能要求、相应的药品、设备设施功能要求、开展该项技术的环境要求。	相关要求缺一项减 0.2 分。
48.2	定期评估各项医疗技术临床应用，评估内容包括但不限于医疗技术的科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理。	查阅医院相关资料。 1.无定期总结分析减 1 分。 2.总结分析不完善减 0.2 分。
48.3	有常见医疗技术临床应用的获得性指标统计和分析。	1.无相关指标统计分析减 0.5 分。 2.统计分析不完善减 0.2 分。
(四十九)医院在医疗质量管理委员会下设立医疗技术临床应用管理专门组织。人员组成和功能任务符合《医疗技术临床应用管理办法》要求（2 分）。 【标准概述】医疗技术临床应用管理组织是《医疗技术临床应用管理办法》所规定设置的专门组织，需明确职责、建立工作制度和承担医院医疗技术临床应用的全面管理。		

标准序号	评审要点	评分方法
49.1	建立医疗技术临床应用管理委员会,有明确的职责,人员组成符合《医疗技术临床应用管理办法》要求，委员会负责人应为医疗机构主要负责人。	1.无组织不得分。 2.委员会负责人非医疗机构主要负责人减 0.2 分。
49.2	委员会包括医务、质控、药学、护理、院感、设备等部门负责人和具有高级职称的临床、管理、伦理相关人员组成。	不符合要求减 0.2 分。
49.3	明确医务部门负责日常管理工作。	不符合要求减 0.2 分。
49.4	制定医疗技术临床应用管理委员会的工作制度、年度工作计划，有工作记录，可追溯。	1.未建立工作制度不得分。 2.无年度工作计划减 0.5 分。 3.工作记录不完善减 0.2 分。 4.不可追溯减 0.3 分。
49.5	建立本机构医疗技术临床应用管理制度体系,包括目录管理、手术分级、医师授权、质量控制、档案管理、论证制度、评估制度等。	1.未建立管理制度减 0.5 分。 2.管理体系不完善减 0.2 分。
49.6	建立医疗技术临床应用沟通协作机制,有效开展工作。	查阅工作记录。 1.无相关记录减 0.5 分。 2.记录不完善减 0.2 分。
(五十)医院开展医疗技术临床应用应当具有符合要求的诊疗科目、人员、设备、设施和质量控制体系，并遵守相关技术临床应用管理规范（2 分）。 【标准概述】医疗机构应按诊疗科目配备合格有资质的人员、适宜的设备设施和环境要求，遵守相关技术临床应用的管理规范，依法开展医疗技术临床应用，并建立质量控制体系对医疗技术临床应用开展进行监测。		
50.1	医疗技术临床应用需符合医疗机构执业许可证相关诊疗科目。	查看技术目录和医院诊疗执业许可证，若存在超诊疗科目开展医疗技术不得分。
50.2	对医疗技术临床应用应有相对应的人员资质、设备设施和环境等要求。	1.无相关要求减 0.5 分。 2.不完善减 0.2 分。
50.3	建立符合医疗机构实际的技术操作规范。	1.无操作规范减 0.5 分。 2.不完善减 0.2 分。
50.4	建立医疗技术临床应用的质量控制指标。	1.无质控指标减 0.5 分。 2.不完善减 0.2 分。
50.5	定期对技术开展实施监控、总结分析并持续改进。	1.查阅工作记录，未开展相关监控工作减 0.5 分。 2.无总结分析减 0.5 分。 3.总结分析不完善减 0.2 分。
(五十一)医院开展限制类医疗技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》履行自我评估和备案程序（2 分)。 【标准概述】国家对限制类技术实施备案管理，医院开展限制类技术应承担主体责任。在开展限制类技术前进行自我评估，评估内容包括按法规规范对医院资质、实施人员、技术管理、设备设施和环境等方面的基本要求进行自我评估，在开展首例后，及时向卫生健康行政部门完成备案。		
51.1	医疗机构建立限制类医疗技术目录和管理机制，对限制类医疗技术实施重点管理。	1.无目录和机制不得分。 2.不完善减 0.5 分。

<table>
<tr><th>标准序号</th><th>评审要点</th><th>评分方法</th></tr>
<tr><td>51.2</td><td>建立限制类医疗技术临床应用管理规范，对人员授权、设备设施、环境条件等进行明确界定。</td><td>1.无管理规范减 0.5 分。
2.不完善减 0.3 分。</td></tr>
<tr><td>51.3</td><td>建立相关流程，对限制类医疗技术按照管理办法履行自我评估和备案程序，及时增加诊疗科目。</td><td>1.无流程，无自我评估及备案减 0.5 分。
2.不完善减 0.3 分。</td></tr>
<tr><td>51.4</td><td>定期对限制类医疗技术质量进行统计分析，持续改进。</td><td>1.未统计分析减 0.5 分。
2.不完善减 0.3 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">(五十二)未经伦理委员会审查通过的医疗技术，特别是限制类医疗技术和存在重大伦理风险的医疗技术，不得应用于临床（2 分）。
【标准概述】伦理审查是保护患者权利的必要手段，医院建立伦理委员会，明确工作职责，建立相关工作制度，对所有医疗技术的开展通过伦理审查。</td></tr>
<tr><td>52.1</td><td>医院建立伦理委员会，符合国家相关规定，建立工作职责、工作制度。</td><td>1.无伦理委员会不得分。
2.委员会开展工作有缺陷减 0.5 分。</td></tr>
<tr><td>52.2</td><td>医院对需经伦理审核的医疗技术进行明确界定，并建立相应审批流程。</td><td>1.无界定减 0.5 分。
2.无流程减 0.5 分。
3.不完善减 0.3 分。
4.查阅伦理委员会记录。未对限制类技术和重大伦理风险技术实施伦理审查，发现 1 例减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">(五十三)制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，对目录内的手术进行分级管理（2 分）。（执业许可证无外科、介入等手术类诊疗科目的专科医院可选）
【标准概述】建立医疗技术临床应用管理目录是医院开展医疗技术临床应用的前提，目录应定期动态调整，有相关制度和标准，并对目录内的手术进行分级管理。</td></tr>
<tr><td>53.1</td><td>医院建立医疗技术目录，技术目录包括开展该项技术所需的技术能力要求，并定期调整目录。</td><td>1.无目录不得分。
2.未动态调整减 0.5 分。</td></tr>
<tr><td>53.2</td><td>建立纳入和剔除医疗技术目录的流程和标准。</td><td>1.无流程和标准减 0.5 分。
2.不完善减 0.3 分。</td></tr>
<tr><td>53.3</td><td>医院有手术分级目录，并定期调整。</td><td>1.无目录减 1 分。
2.未动态调整减 0.5 分。</td></tr>
<tr><td>53.4</td><td>手术分级有标准符合国家相关要求。</td><td>1.无标准减 0.5 分。
2.不符合国家要求减 0.5 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">(五十四)建立医师手术授权与动态管理制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限（2 分）。（执业许可证无外科、介入等手术类诊疗科目的专科医院可选）
【标准概述】手术是重点管理的医疗技术，根据不同的手术难度、医师的手术能力和既往手术效果对所有手术医师进行手术授权，并根据手术效果与参加培训等情况定期调整，手术授权应具体到个人，具体到术式。</td></tr>
<tr><td>54.1</td><td>医院建立医师手术授权与动态管理制度。</td><td>1.未建立制度不得分。
2.制度不完善减 0.3 分。</td></tr>
<tr><td>54.2</td><td>明确手术授权与动态调整标准及流程。</td><td>1.无标准及流程减 0.5 分。
2.不完善减 0.3 分。</td></tr>
<tr><td>54.3</td><td>有明确的手术授权依据，与医师专业能力、临床实践、手术质量安全和培训有关。</td><td>查阅 5-10 名医师手术授权档案，授权不规范 1 例减 0.2 分。</td></tr>
</table>

标准序号	评审要点	评分方法
54.4	医院建立医师手术质量安全数据库，为手术授权提供参考。	1.医院未建立手术质量安全数据库减0.5分。 2.不完善减0.3分。
54.5	手术分级授权得到落实。	查看5-10台手术排程情况，主刀医师是否具备授权相应手术级别，不符合1例减0.2分。
(五十五)医院依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术，并为医务人员建立医疗技术临床应用管理档案，纳入个人专业技术档案管理（2分）。 【标准概述】医院应正确评估医务人员的专业能力，以适当的方式明示每一位医务人员的医疗技术实施范围，建立医务人员医疗技术临床应用管理档案，作为其专业技术档案的一部分。		
55.1	医院建立医务人员技术能力评价机制。评价内容有明确要求包括：门急诊、住院服务量，手术工作量，医疗技术及新技术开展情况，医疗质量情况，医疗技术差错事故、医疗技术培训考核等。	1.查阅工作记录，无评价不得分。 2.评价不完善减0.5分。
55.2	医务人员建立医疗技术临床应用管理档案，纳入个人专业技术档案管理。	1.未建立档案减1分。 2.档案不完善减0.5分。
(五十六)建立医疗技术临床应用论证制度。对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，应当组织开展技术能力和安全保障能力论证并进行伦理审查（2分）。 【标准概述】医疗技术的实施需要进行相应的技术能力和安全保障能力论证，对已证明安全有效的本院首次应用医疗技术，应当通过已建立的医疗技术临床应用论证制度与论证机制，对其进行伦理审查。		
56.1	医院建立医疗技术临床应用论证制度和工作流程。	1.未建立制度与流程不得分。 2.流程不完善减0.5分。
56.2	对新技术临床应用开展能力论证。	查阅医院3-5项新技术档案。 1.未开展论证减1分。 2.不完善1例减0.2分。
56.3	对新技术临床应用开展伦理审查。	查阅医院3-5项新技术档案。 1.未开展审查减1分。 2.不完善1例减0.2分。
(五十七)建立医疗技术临床应用评估制度，对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，并根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限和有关管理要求(2分)。 【标准概述】开展医疗技术临床应用评估，是保证医疗技术安全、有效、经济和符合伦理的重要手段，对限制类技术开展重点评估，评估内容包括：接受该项医疗技术的患者评估（适应症和禁忌症、临床应用效果和患者生存质量、不良反应、死亡、医疗事故）、环境、设备设施、辅助条件、实施该项医疗技术的医务人员以及病历书写质量等评估。评估结果用于及时调整医疗技术临床应用管理目录，医师的相关权限，有停用医疗技术临床应用工作机制。		
57.1	医院建立医疗技术临床应用评估制度和流程。	1.未建立制度与流程不得分。 2.流程不完善减0.5分。
57.2	对评估内容有明确要求，包括：接受该项医疗技术的患者评估（适应症和禁忌症、临床应用效果和患者生存质量、不良反应、死亡、医疗事故）、环境评估、设备设施和辅助条件等评估，实施该项医疗技术的医务人员评估和病历书写质量等评估。	1.查阅相关资料，无评估不得分。 2.评估不完善一项减0.2分。

标准序号	评审要点	评分方法
57.3	对限制类技术质量安全和技术保证能力定期进行评估。	1.查阅限制类技术 3-5 项，未定期按国家质控标准开展评估不得分。 2.评价不完善，一项减 0.2 分。
57.4	根据评估结果调整医疗技术临床应用管理目录、医师权限和管理要求。	未根据评估结果调整相关管理项目，一项减 0.5 分。
(五十八)建立医疗技术临床应用质量控制制度，以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标，加强信息收集、分析与反馈，持续改进技术临床应用质量（2 分）。 【标准概述】医院建立医疗技术临床应用全覆盖的信息化管理平台，制定医疗技术临床应用质量控制指标，以限制类医疗技术作为重点，建立信息采集、分析和反馈持续改进的机制。		
58.1	医院建立医疗技术临床应用质量控制制度及工作流程。	1.未建立制度与流程不得分。 2.流程不完善减 0.5 分。
58.2	参照国家要求制定符合本院实际的限制类医疗技术质量控制指标。	1.未建立质量控制指标减 0.5 分。 2.指标不完善减 0.2 分。
58.3	定期对技术开展质控。	1.查阅限制类技术档案 3-5 例，无质控管理减 0.5 分。 2.质控不完善一项减 0.2 分。
58.4	对技术临床应用存在的问题进行收集、分析、反馈及改进。	无案例证实技术质量持续改进减 0.5 分。
(五十九)建立医疗技术临床应用规范化培训制度。重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养（2 分）。 【标准概述】医疗技术临床应用的规范化培训，是保障医疗技术质量的首要内容。医院应建立医疗技术临床应用规范化培训机制，制定相关培训内容、要求和培训过程，并将培训结果作为医务人员授权的考核依据。同时，也应重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设，对管理人员建立培养、培训和考核机制。		
59.1	医院建立医疗技术临床应用规范化培训制度。	1.未建立制度不得分。 2.制度不完善减 0.5 分。
59.2	建立培训机制并持续完善。	1.查阅培训计划、培训方案、培训资料、培训考核等情况，无相关资料不得分。 2.资料不完善缺一项减 0.5 分。
59.3	培训结果应用于技术授权。	1.培训结果未用于技术授权减 1 分。 2.资料不完善减 0.5 分。
59.4	技术管理人员定期开展培训。	1.未定期开展培训减 0.5 分。 2.资料不完善减 0.5 分。
(六十)医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况应当纳入医院院务公开范围，接受社会监督（2 分）。 【标准概述】院务公开作为医院管理的公众监督手段，医疗技术开展情况应当进行社会公开，将限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开范围，接受社会监督。		
60.1	医院建立技术、手术目录院务公开机制。	1.无目录不得分。 2.目录不完善减 0.5 分。
60.2	限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况向社会公开。	未公开减 0.5 分。
60.3	公开目录进行动态调整。	未动态调整减 0.5 分。

标准序号	评审要点	评分方法
60.4	患者知晓医院技术公开情况。	访谈 1-3 名手术患者或家属，不知晓公开情况，每 1 例减 0.1 分。
(六十一) 医院按照规定停止出现相关情形的医疗技术临床应用，并按规定履行报告程序（2 分）。 【标准概述】对医疗技术临床应用开展定期评估，根据国家和省级卫生健康行政部门要求，不定期评估医疗技术临床应用的质量与安全情况，建立临床停用标准和流程，停用医疗技术应向卫生健康行政部门履行报告和备案程序。		
61.1	医院建立医疗技术临床停止标准、流程和报告程序，定期对医疗技术临床应用进行评估。	1. 无停用标准、流程或报告程序不得分。 2. 程序与流程不完善减 0.5 分。 3. 未评估减 1 分。
61.2	停用的医疗技术，属于限制类技术的，上报登记注册卫生健康行政部门，主动要求撤销备案，并向社会公示。	1. 查阅资料，已停用的限制类技术未及时报告的 1 例减 0.2 分。 2. 未向社会公示的 1 例减 0.2 分。
(六十二) 医院按照要求，及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息（2 分）。 【标准概述】限制类技术是国家医疗技术临床应用管理的重点内容，及时、准确、完整上报相关数据便于国家做好医疗技术临床应用评估，也作为医院规范开展工作的实证依据。		
62.1	医院建立限制类技术临床应用信息报送程序。	1. 未建立报送程序不得分。 2. 程序不完善减 0.5 分。
62.2	对限制类技术临床应用情况进行统计分析。	1. 未定期进行统计分析减 1 分。 2. 资料不完善减 0.5 分。
62.3	落实限制类技术逐例报送。	查阅技术报告和国家平台反馈信息，漏报 1 例减 0.1 分。
62.4	对报送数据实施质控，保证数据的真实可靠。	1. 无质控措施减 0.5 分。 2. 数据失实减 0.3 分。
(六十三) 医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当达到国家和省级卫生健康行政部门规定的条件，制定培训方案并向社会公开，同时履行备案程序（2 分）。（未承担限制类技术临床应用规范化培训工作的医院可选） 【标准概述】限制类技术临床应用必须经过规范化培训，规范培训是保证医院限制类技术规范开展的前提，医院开展限制类医疗技术培训应符合国家和省级卫生健康行政部门规定的条件，具备相应的师资、资源和设备设施，制定培训方案并向社会公开，同时履行备案程序。		
63.1	医院开展限制类技术临床应用规范化培训工作，并取得相应资质。	未取得资质不得分。
63.2	培训工作前已履行相关备案程序。	未备案减 1 分。
63.3	培训软硬件条件、自我评估材料，限制类技术临床应用质量安全状况符合卫生健康行政部门要求。	条件不符合，每项减 0.2 分。
63.4	有培训方案并向社会公开。	1. 无培训方案减 0.3 分。 2. 未公开减 0.3 分。

标准序号	评审要点	评分方法
(六十四)医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当建立培训规章制度及流程，明确岗位职责和管理要求，加强学员管理，建立学员培训档案，按照培训方案和计划开展培训工作，保障培训质量（2分）。 【标准概述】医院建立限制类医疗技术规范化培训的机制，明确相关的职责制度并落实，学员管理到位，按照培训方案和计划开展培训，培训质量有监测、分析和持续改进，确保达到培训目标。		
64.1	建立培训制度和流程。	1.未建立制度不得分。 2.未建立流程减 0.5 分。 3.流程不完善减 0.3 分
64.2	明确岗位职责。	1.无岗位职责减 0.5 分。 2.职责不完善减 0.3 分。
64.3	建立学员管理方案。	1.无方案减 0.5 分。 2.方案不完善减 0.3 分。
64.4	建立培训方案、考核指标和计划并遵照实施。	1.培训方案、考核指标和计划缺一项减 0.5 分。 2.资料不完善减 0.3 分。
64.5	对培训质量进行考核，包括过程管理和终末考核。	1.未进行过程管理减 0.3 分。 2.未实施终末考评减 0.3 分。
64.6	对培训结果进行总结分析，并有改进措施。	1.无总结分析与改进措施减 0.5 分。 2.资料不完善减 0.3 分。

四、医疗安全风险防范

标准序号	评审要点	评分方法
(六十五)以减少诊疗活动对患者的伤害为目标，建立医疗质量(安全)不良事件信息采集、记录和报告相关制度和激励机制。有对本院医疗质量(安全)不良事件及管理缺陷进行统计分析、信息共享和持续改进机制（2分）。 【标准概述】不良事件管理是医疗安全的核心内容，建立医院医疗质量（安全）不良事件管理机制，包括信息采集、记录、报告、分析，激励和持续改进机制，定期总结分析不良安全事件，明确管理缺陷，实施问题改进。		
65.1	建立医疗质量(安全)不良事件管理制度,明确责任分工。	1.未建立制度不得分。 2.分工不明确减 0.5 分。
65.2	建立不良事件采集、记录、报告及处置机制及流程。	1.无机制及流程减 0.5 分。 2.不完善减 0.3 分。
65.3	有鼓励主动上报的激励机制。	1.无激励机制减 0.5 分。 2.不完善减 0.3 分。
65.4	对医疗质量(安全)不良事件定期总结、分析（院科两级）和反馈。	1.无总结分析减 0.5 分。 2.资料不完善减 0.3 分。
65.5	建立改进机制。	无案例证实通过不良事件分析持续改进减 0.5 分。

标准序号	评审要点	评分方法
(六十六)落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，完善医疗风险的识别、评估和防控措施并定期检查落实情况，及时消除隐患（2分）。 【标准概述】及时发现和控制医疗风险是保障医疗安全的重要环节，医院应建立医疗风险防范机制，成立医疗风险防范和管控组织、制定相应管理制度与医疗风险管理方案，及时识别医疗风险，开展医疗风险评估和控制，确保患者安全。		
66.1	有医疗风险防范和管控组织，明确其管理职责。	1.无风险防范和管控组织不得分。 2.管理职责不明确减0.5分。
66.2	制定相应管理制度与医疗风险管理方案,方案包括医疗风险识别、评估、分析、处理和防控等内容。	1.未建立管理制度或管理方案不得分。 2.方案不完善减0.2分。
66.3	明确责任分工，定期对医疗风险情况进行检查、分析、总结和反馈。	1.无总结分析减1分。 2.资料不完善减0.2分。
66.4	对风险问题采取措施降低风险。	无案例证实取得效果减0.5分。
66.5	开展《医疗纠纷预防和处理条例》及医疗风险管控相关培训。	1.抽查培训记录，无培训减1分。 2.记录不完善减0.2分。 3.培训未全覆盖减0.2分。
(六十七)建立健全医患沟通机制和投诉管理制度。实行“首诉负责制”。投诉相关信息用于医疗质量管理的持续改进（2分）。 【标准概述】医患有效沟通是改善医疗服务、落实患者安全目标的重要手段，顺畅的沟通渠道和“以人为本”的医患交流能够使患者获得全面、客观的医疗服务信息，改善患者就医体验，“首诉负责制”有助于改善患者负面感受，医疗机构应建立投诉汇总、分析和反馈机制，并借此持续改进医疗质量管理。		
67.1	设立或指定专门部门统一接受、处理患者投诉，及时处理并答复投诉人。	
67.1.1	有投诉管理相关制度及明确的处理流程。	1.未建立相关制度不得分。 2.无流程减0.5分。 3.流程不完善减0.3分。
67.1.2	有专门部门统一受理、处理投诉，有明确的投诉处理时限并得到严格执行。	1.无专门部门减0.5分。 2.无处理时限减0.3分。
67.1.3	实行“首诉负责制”，科室、职能部门处置投诉的职责明确，有投诉协调处置机制。	1.职责不明确减0.5分。 2.无协调处置机制减0.3分。
67.2	建立患者投诉渠道，健全投诉档案，规范投诉处理程序，持续改进医疗服务。	
67.2.1	向社会公开投诉渠道，方便患者投诉，并健全投诉档案。	1.未公开减0.5分。 2.无渠道减0.5分。 3.投诉渠道不清晰、单一减0.3分。 4.未建立投诉档案减0.3分。
67.2.2	定期对投诉情况进行统计、分析和反馈。	1.未总结分析减0.5分。 2.资料不完善减0.3分。
67.2.3	针对投诉主要问题有改进措施，并取得改进效果。	无案例证实改进效果减0.5分。
（六十八）建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，定期评估相关事件并及时反馈临床，按照国家有关规定向相关部门报告（2.5分）。 【标准概述】医疗机构应建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，定期评估相关事件并及时反馈临床，按照国家有关规定向相关部门报告。		

<table>
<tr><th>标准序号</th><th>评审要点</th><th>评分方法</th></tr>
<tr><td>68.1</td><td>有药物不良反应、药品损害事件报告制度和处置流程。</td><td>1.未建立药物不良反应、药品损害事件报告制度不得分。
2.无药品不良反应、药品损害事件处置流程减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>68.2</td><td>有医疗器械使用安全监测和安全事件报告相关制度与流程，并落实。</td><td>1.未建立医疗器械使用安全监测和安全事件报告相关制度不得分。
2.无流程减 0.1 分。
3.未按制度或流程的要求执行的减 0.1 分。</td></tr>
<tr><td>68.3</td><td>定期评估相关事件并及时反馈临床。</td><td>1.未定期评估相关事件不得分。
2.未将不良事件及时反馈临床减 0.1 分。</td></tr>
<tr><td>68.4</td><td>药物不良反应、药品损害事件按照国家有关规定向相关部门报告。</td><td>未按照规定向相关部门报告药物不良反应、药品损害事件的，每一项减 0.1 分。</td></tr>
<tr><td>68.5</td><td>制定药品（含医院制剂）召回管理制度；召回药品，妥善保存，保留原始记录。</td><td>1.未建立召回药品（含医院制剂）管理制度不得分。
2.召回药品未按要求管理减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>68.6</td><td>有针对患者用药召回的处置预案与流程。</td><td>1.无针对患者用药召回的处置预案的减 0.1 分。
2.无针对患者用药召回的处置流程的减 0.1 分。</td></tr>
<tr><td>68.7</td><td>主管部门对药品召回管理工作有检查与监管。持续改进有成效，药品召回管理规范。</td><td>1.主管部门对药品召回管理工作未开展检查与监管减 0.2 分。
2.药品召回管理不规范减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>68.8</td><td>有配置质量问题和严重不良反应报告相关规定，药学部对临床出现的输液质量问题和患者应用输液后的严重不良反应有分析报告。</td><td>1.未按规定报告药品配置质量问题和严重不良反应不得分。
2.临床出现的输液质量问题和患者应用输液后的严重不良反应无分析报告减 0.05 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">(六十九)有对深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程并开展全员培训(2 分)。
【标准概述】深静脉血栓（VTE）是危及患者生命的临床症候群，建立深静脉血栓防控机制是围术期质量安全管理的重要内容，医院应围绕 VTE 评估、识别、预防、诊断和处置建立工作机制有效开展防控，使医疗机构成为深静脉血栓防治的安全地带。</td></tr>
<tr><td>69.1</td><td>医院建立 VTE 防控管理机制，有院科两级相关防控管理组织。</td><td>1.无管理机制不得分。
2.无院科两级防控管理减 0.5 分。
3.不完善减 0.3 分。</td></tr>
<tr><td>69.2</td><td>建立 VTE 防控管理相关制度和流程，明确人员职责。</td><td>1.未建立制度不得分。
2.无工作流程减 0.5 分。
3.职责不明确减 0.3 分。</td></tr>
<tr><td>69.3</td><td>建立 VTE 中高危患者及时进行评估、识别、预防和诊治流程（门诊、住院）。</td><td>1.抽查 5-10 份病历，开展 VTE 风险评估、识别、预防和诊治不完善 1 例减 0.1 分。
2.未开设 VTE 门诊减 0.3 分。
3.无 VTE 多学科会诊机制减 0.3 分。
4.无 VTE 抢救绿色通道减 0.3 分。</td></tr>
</table>

标准序号	评审要点	评分方法
69.4	开展 VTE 防控相关培训，员工知晓。	1.抽查培训记录，无培训减 1 分。 2.记录不完善减 0.3 分。 3.培训未全覆盖减 0.3 分。 4.抽问 1-3 名员工，是否知晓相关内容，每 1 例知晓内容低于 50%减 0.2 分，知晓内容低于 75%减 0.1 分。
(七十)关注院内安全，有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制，保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务（2 分）。 【标准概述】心跳骤停、昏迷和跌倒等高风险事件是医院内危及患者生命的重要因素，建立应急救治机制是保障患者安全的重要手段，医疗机构应当围绕高风险意外事件完善应急措施和救护机制，构建全院范围内紧急救治和生命支持服务体系。		
70.1	医院有院内高风险意外事件的防控机制，包括但不限于心跳骤停、昏迷、跌倒等。	1.无机制不得分。 2.机制不完善减 0.5 分。
70.2	有心跳骤停、昏迷和跌倒等高风险意外事件的处置流程。	1.无流程减 0.5 分。 2.流程不完善减 0.3 分。
70.3	医院有相关资源调配机制满足高风险意外事件的院内紧急救治和生命支持服务要求。	1.无机制减 0.5 分。 2.机制不完善减 0.3 分。
70.4	有生命支持类设备的全部布置和紧急调配措施。	1.设备未布置到位减 0.3 分。 2.无措施减 0.3 分。 3.措施不完善减 0.2 分。
70.5	医院定期开展高风险意外事件的应急演练，确保员工掌握处置要求。	1.无演练记录减 0.5 分。 2.记录无总结分析及改进措施减 0.3 分。 3.抽问 1-3 名员工，未掌握处置要求 1 例减 0.1 分。
(七十一)关注分娩安全，有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度、技术规范和流程（2 分）。(执业许可证诊疗科目无产科的综合、专科医院可选) 【标准概述】分娩安全是孕产妇健康管理的重要内容，医院应按照国家卫生健康委《分娩镇痛技术操作规范》和《分娩镇痛技术管理规范》落实相关措施，鼓励无痛分娩或控制分娩疼痛，科学分娩减少分娩损伤。		
71.1	根据行业规范，医院制定保障分娩安全相关制度。	1.未建立制度不得分。 2.制度不完善减 0.5 分。
71.2	医院建立无痛分娩规范和控制分娩损伤规范和流程。	1.无规范和流程减 0.5 分。 2.不完善减 0.3 分。
71.3	针对常见分娩损伤的因素，开展持续改进，减少分娩损伤。	无持续改进措施减 0.5 分。

五、诊疗质量保障与持续改进

标准序号	评审要点	评分方法
(七十二)门、急诊（含发热、肠道门诊，下同）布局符合相关规定，能满足临床管理工作。建立门、急诊管理制度和工作流程、突发应急事件处置预案并组织实施（2 分）。 【标准概述】门、急诊布局流程符合医院感染管理相关规定，能满足临床管理工作；建立门、急诊医院感染管理制度和工作流程、突发应急事件处置预案并组织实施。		

标准序号	评审要点	评分方法
72.1	门、急诊布局流程符合医院感染管理相关规定，能满足临床管理工作，医院建筑布局符合患者就诊流程要求和医院感染管理需要。	1.门、急诊设置不满足患者就诊需求减0.1分。 2.不符合感控要求减0.2分。
72.2	成立门、急诊医院感染管理小组，全面负责门急诊的医院感染管理工作，明确小组及其人员的职责并落实。	1.未成立医院感染管理小组减0.1分。 2.职责未落实减0.1分。
72.3	依据医院感染特点结合门急、诊工作实际，制定门、急诊医院感染管理相关计划、制度以及流程，制定门、急诊工作应急预案，包括建立组织、设备配置、人员技术培训、通讯保障、后勤保障等内容。	1.未建立感控制度不得分。 2.无流程减0.2分。 3.未按要求制定应急预案减0.2分。
72.4	有门、急诊突发事件预警系统，有确保应急预案及时启动、快速实施的程序与措施。工作人员能够及时识别预警信息并熟练掌握各种突发事件报告和处理流程。	1.无门急诊突发事件预警系统减 0.1分。 2.无确保应急预案及时启动、快速实施的程序与措施减0.1分。 3.现场抽问1-3名工作人员是否知晓相关内容。每1例知晓内容低于50%减0.1分，知晓内容低于75%减0.05分。
72.5	有案例证实在启动应急预案后，相关部门能积极响应。有应急事件分析评价，持续改进应急管理。	1.无案例证实减0.2分。 2.无应急事件分析评价、持续改进记录减0.1分。
72.6	组织工作人员开展医院感染管理知识和技能的培训，对患者及陪同人员开展感控相关宣传教育并做好相关记录。	1.未开展工作人员培训减0.1分。 2.未对患者及陪同人员开展感控相关宣传教育减0.1分。 3.培训记录或资料不全减0.1分。
72.7	接受医院感染管理部门的监督、检查与指导，落实医院感染管理相关改进措施，评价改进效果，做好相应记录。	1.不配合整改减0.1分。 2.无相关持续质量改进记录减0.1分。

(七十三)加强门、急诊专业人员和技术力量配备，根据门、急诊就诊患者流量和突发事件调配医疗资源，做好资源调配。对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训（2分）。

【标准概述】门、急诊是医院的窗口，专业人员是保证门、急诊医疗服务质量的重要前提，医疗机构应根据《急诊科建设与管理指南（试行）》要求，配备符合要求的门、急诊医务人员，并根据就诊患者流量和突发事件调配医疗资源。对门、急诊人员建立技术和技能专业培训机制，持续提升其服务能力和技术水平。

73.1	门、急诊人员配置满足实际工作需要及行业规范。	查阅门急诊人员配置，不达标分别减0.5分。
73.2	门、急诊各岗位建立岗位职责和资质要求。	1.无岗位职责减0.5分。 2.不完善减0.3分。
73.3	相关岗位人员接受相关培训。	1.查看培训记录，无培训减0.5分。 2.资料不完善减0.3分。
73.4	医院对门、急诊流量适时监控，有应急调配机制。	1.无流量监控减0.5分。 2.无应急调配机制减0.5分。 3.机制不完善减0.3分。

标准序号	评审要点	评分方法
73.5	定期应急调配机制进行演练，持续完善。	未演练减 0.3 分。
(七十四)实行预检分诊制度，门、急诊规范设置预检分诊场所，完善预检分诊流程（3分）。 【标准概述】医疗机构制定结合实际的预检分诊制度并落实，平战结合，规范设置门、急诊预检分诊场所，不断完善预检分诊流程。		
74.1	有预检分诊制度，执行传染病三级预检分诊体系，对传染病患者和疑似传染病患者应当引导至相对隔离的分诊点进行初诊。执行“首诊负责制”，及时报告疫情。	1.未建立相关制度不得分。 2.未落实三级预检分诊体系减 0.3 分。 3.未执行“首诊负责制”不得分。 4.未及时报告疫情减 0.2 分。
74.2	规范开展各类传染病主动监测与报告，及时采集相关生物标本，并协助完成标本运送及病例流行病学调查工作，协助疾病预防控制中心开展传染病疫情调查、采样与处理、信息报告管理等工作，落实预防和控制传染病传播的有关措施。	查阅属地疾控机构或被评审医疗机构提供的有关记录资料： 1.无各类传染病主动监测与报告工作制度减 0.1 分。 2.未能及时采集相关生物标本减 0.1 分。 3.未能协助完成标本运送减 0.1 分。 4.未能协助完成病例流行病学调查工作减 0.1 分。 5.未能有效落实预防和控制传染病传播的有关措施减 0.1 分。 6.拒绝协助或者配合疾病预防控制中心开展传染病对疾病疫情调查、采样与处理、信息报告管理等工作，每次减 0.1 分。
74.3	门、急诊规范设置预检分诊场所，预检分诊点位置醒目，标识清楚，通风良好，具有消毒隔离条件，物品准备齐全。	1.不符合要求减 0.2 分。 2.位置、标识不符要求减 0.1 分。 3.消毒隔离措施不到位减 0.1 分。
74.4	承担预检分诊工作人员穿戴适宜的防护用品，认真执行手卫生。有完善的预检分诊流程，分诊人员知晓并执行流程。	1.穿戴不符合要求减 0.1 分。 2.执行手卫生不规范减 0.1 分。 3.预检分诊流程不完善减 0.1 分。 4.未执行流程减 0.1 分。 5.抽问分诊人员，是否知晓相关内容。每 1 例知晓内容低于 50%减 0.2 分，知晓内容低于 75%减 0.1 分。
(七十五)把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围，作为考核科室和医务人员的重要内容(2分)。 【标准概述】门、急诊质量是医疗服务质量的重要内容，应当纳入科室质量管理范围，根据门、急诊工作特点建立质控指标，实施质量考评，持续提升门急诊质量。		
75.1	建立门、急诊质量管理机制，明确管理职责。	管理职责不明确减 0.5 分。
75.2	建立门、急诊质量安全管理相关制度。	1.未建立制度不得分。 2.不完善减 0.3 分。
75.3	建立门、急诊质量安全考核指标，并定期总结、分析、考核和反馈。	1.无指标减 0.5 分。 2.无总结分析减 0.5 分。 3.未考核减 0.5 分。 4.资料不完善减 0.3 分。

标准序号	评审要点	评分方法
75.4	医师亲自诊查病人作为诊断和医嘱的依据。	1. 无相关制度要求减 0.3 分。 2. 查见未诊查病人 1 例减 0.1 分。
(七十六)有急危重症患者“绿色通道”。建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务流程，并定期进行评价和持续改进（2 分）。 【标准概述】急危重患者抢救是医院服务效能的重要体现，医疗机构应建立急危重症救治流程并持续优化，确保院前急救、院内急诊和住院或转诊的连贯性，建立全覆盖的医疗服务模式持续完善“绿色通道”，建立量化考评指标，并定期评估持续改进。		
76.1	医院建立急危重症患者绿色通道救治管理机制，明确部门与科室责任。	1. 无管理机制不得分。 2. 机制不完善减 0.5 分。 3. 部门与科室责任落实不到位减 0.3 分。
76.2	建立符合医院实际的相关工作规范、流程（院前急救、院内急诊接诊、入院、手术、转诊等）以及考评指标。	1. 无规范或流程减 1 分。 2. 流程不完善减 0.5 分。 3. 无考评指标减 0.5 分。
76.3	建立多部门、科室协作机制，定期开展评估分析。	1. 无协作机制减 0.5 分。 2. 无定期评估分析减 0.5 分。 3. 不完善减 0.3 分。
76.4	“绿色通道”管理体现持续改进。	无证实“绿色通道”管理持续改进案例减 0.3 分。
(七十七)有创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇及新生儿等急危重症病种和重点人群服务规范和流程（2 分）。 【标准概述】创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇和新生儿等急危重症病种和重点人群救治是医疗服务能力和水平的重要体现，医疗机构建立多部门多学科参与的工作机制，构建规范、限时、连贯、流畅的医疗流程，确保此类患者及时得到有效救治。		
77.1	建立急性创伤、脑卒中、急性心梗、高危孕产妇和新生儿等急危重症相关工作规范及流程（院前急救、院内急诊接诊、入院、手术、转诊等）。	1. 规范及流程缺一项减 0.3 分。 2. 相关资料不完善减 0.1 分。
77.2	对上述重点病种建立指标分析和改进机制。	1. 未分析减 0.5 分。 2. 无改进减 0.3 分。
(七十八)优化门、急诊服务，实施多种形式的预约诊疗服务，逐步提高患者预约就诊比例。及时公开出诊信息。开展多学科诊疗，方便患者就医（2 分）。 【标准概述】预约诊疗是改善医疗服务的重要手段，也能提升医疗机构服务能力，减少人群聚集、降低患者等待时间，提高患者就医体验。为持续推进预约诊疗，医疗机构应完善医师出诊信息并规范公布，便于患者选择，开展多学科诊疗，方便患者就医。		
78.1	医院建立门急诊预约诊疗机制。	1. 未建立机制不得分。 2. 机制不完善减 0.5 分。
78.2	采取多种方式预约，持续提升患者预约就诊比例。	1. 预约方式少于 3 种减 0.5 分。 2. 比例不达标减 0.5 分。
78.3	多种方式公布医务人员出诊信息，方便患者查询。	访谈 1-3 名患者是否知晓有渠道查阅出诊信息，每 1 例知晓内容低于 50%减 0.2 分，知晓内容低于 75%减 0.1 分。

<table>
<tr><th>标准序号</th><th>评审要点</th><th>评分方法</th></tr>
<tr><td>78.4</td><td>建立多学科门诊。</td><td>无多学科门诊减 0.5 分。</td></tr>
<tr><td>78.5</td><td>急诊有多学科会诊机制。</td><td>未建立机制减 0.5 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">(七十九)优化就诊环境。就诊环境清洁、舒适、安全。为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识（2 分）。
【标准概述】医疗机构应持续改善就医环境，提升患者就医体验。及时有效为患者提供就诊接待、引导和咨询服务，医院应建立清晰、规范、醒目、易懂的标识标牌，方便患者就医。</td></tr>
<tr><td>79.1</td><td>医院重视就诊环境管理，定期对就医环境问题进行分析改进。</td><td>1.查看工作记录，医院科室未开展分析研究减 0.5 分。
2.相关资料不完善减 0.3 分。</td></tr>
<tr><td>79.2</td><td>就诊环境清洁、舒适、安全。</td><td>查看门诊、急诊、医技科室、病房门禁管理情况、卫生间清洁、有无休息等候区等情况，管理不到位一处减 0.1 分。</td></tr>
<tr><td>79.3</td><td>为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。</td><td>1.现场查看医院无接待、引导和咨询服务窗口、人员和措施，未体现方便患者就医，一项减 1 分。
2.相关内容不完善减 0.5 分。</td></tr>
<tr><td>79.4</td><td>急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。</td><td>现场查看相关标识，标识不完善一处减 0.1 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">(八十)完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准，为急诊患者入院制定合理、便捷的相关制度与流程。加强转科、转院患者的交接管理（2 分）。
【标准概述】医疗机构服务流程应以患者为中心，在入院、出院、转科和转院服务等方面应建立方便患者、保障安全的工作机制并持续完善，以保障医疗服务环节顺畅连贯。对急诊患者入院应有合理、便捷的流程，规范转院转科患者交接管理，保障患者安全。</td></tr>
<tr><td>80.1</td><td>医院制定患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准。</td><td>未建立制度或标准不得分。</td></tr>
<tr><td>80.2</td><td>建立急诊患者入院的流程，便捷通畅。</td><td>1.无流程减 0.5 分。
2.流程无改进减 0.3 分。</td></tr>
<tr><td>80.3</td><td>患者转运前，有评估机制及相应规范。</td><td>1.无相关要求和规范减 0.5 分。
2.无评估减 0.3 分。</td></tr>
<tr><td>80.4</td><td>患者交接应当有交接流程和交接清单，交接过程有记录，可追溯。</td><td>1.无急诊交接流程和交接清单减 0.5 分。
2.记录不完善减 0.3 分。
3.不能追溯减 0.1 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">(八十一)加强出院患者健康教育，为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，建立出院患者随访制度并组织实施（2 分）。
【标准概述】医疗机构应建立患者健康教育制度和出院患者随访制度，并有效落实。</td></tr>
<tr><td>81.1</td><td colspan="2">为患者提供健康指导服务和出院指导。</td></tr>
<tr><td>81.1.1</td><td>有患者健康教育制度。</td><td>1.未建立制度减 0.2 分。
2.制度有缺陷减 0.1 分。</td></tr>
<tr><td>81.1.2</td><td>通过多种方式为患者提供健康教育。</td><td>1.未提供健康教育减 0.5 分。
2.健康教育形式单一（仅一种）减 0.2 分。</td></tr>
</table>

标准序号	评审要点	评分方法
81.1.3	健康教育有效，患者知晓相关内容。	访谈 1-3 位患者，不知晓相关内容每位减 0.1 分。
81.2	为出院患者提供随访服务。	
81.2.1	有出院患者随访制度。	1.未建立制度减 0.2 分。 2.制度有缺陷减 0.1 分。
81.2.2	通过多种方式为患者提供随访服务。	1.未开展随访工作减 0.5 分。 2.随访方式单一（仅一种）减 0.2 分。
81.2.3	对随访中患者的意见和建议进行分析与改进。	未分析和改进减 0.3 分。
(八十二)建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程，由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。对疑难危重患者、恶性肿瘤患者，实施必要的多学科评估和综合诊疗（2 分）。 【标准概述】诊疗规范和技术操作流程是同质化医疗服务的指南，遵循诊疗规范和技术操作流程是刑法、侵权法、民法典和基本医疗和健康促进法的要求。医疗机构应安排具备资质的医务人员对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划，由医院授权的医师审核诊疗计划并决策，对疑难危重患者、恶性肿瘤患者涉及多学科诊疗需求的应开展多学科评估和综合诊疗。		
82.1	医院建立常见疾病的临床诊疗指南和技术操作规范和技术操作流程，并定期修订。	1.无指南和规范减 0.5 分。 2.无技术操作流程减 0.5 分。 3.未修订减 0.3 分。
82.2	医院建立患者评估制度,有具备资质的人员及时开展患者评估。	1.未建立制度不得分。 2.未对评估时间、评估人员资质、评估重点提出要求，少一处减 0.2 分。
82.3	对实施患者诊疗计划有相关要求，保证及时实施。	1.无相关要求减 0.5 分。 2.资料不完善减 0.3 分。
82.4	有疑难危重患者及恶性肿瘤患者多学科诊疗相关工作机制。	1.无多学科诊疗机制减 0.5 分。 2.无工作记录减 0.5 分。 3.记录不完善减 0.3 分。
(八十三)对住院患者实施营养评估，为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊，按需提供营养支持方案，并记入病历（2 分）。 【标准概述】开展患者营养评估是诊疗活动的重要支撑，医疗机构应重视患者的营养状态，对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊，按需提供营养支持方案，建立营养支持的规范流程，并记入病历。		
83.1	有对住院患者开展营养评估的制度与流程,包括但不限于营养风险筛查、诊疗活动对机体营养状态的影响，机体营养状态对诊疗活动的耐受力等。	1.无制度与流程要求不得分。 2.不完善减 0.5 分。
83.2	有营养膳食的指导方案,提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。	1.无指导方案减 0.5 分。 2.未提供营养配餐和治疗饮食减 0.5 分。
83.3	对特殊、疑难、危重及大手术患者有营养支持规范，提供营养会诊，按需制定营养支持方案。	1.无规范减 0.5 分。 2.未提供营养会诊减 0.3 分。 3.未制定方案减 0.3 分。
83.4	医院明确需要营养会诊的特殊、疑难、危重和大手术患者的范围。	未明确范围减 0.3 分。

标准序号	评审要点	评分方法
83.5	营养支持内容记入病历。	未记录减 0.3 分。
(八十四)实施手术患者评估制度，合理制订诊疗和手术方案。建立重大手术报告审批制度，有急诊手术管理措施，保障急诊手术安全（2 分）。（执业许可证无外科、介入等手术类诊疗科目的专科医院可选） 【标准概述】手术是重要的诊疗技术，必须严格实施手术患者评估，评估内容包括患者疾病，患者重要脏器功能以及患者心理、社会家庭等因素，确保患者获得合理、规范的手术治疗，也确保患者对手术期望值符合医院的医疗预期。根据患者评估制定合理的手术方案。重大手术报告审批是由医院协助临床科室严格把握手术风险的重要措施。急诊手术因其时效性风险更大，应当建立保障急诊手术安全的机制。		
84.1	手术患者应在充分评估基础上，通过术前讨论，合理制定手术方案。	未制定手术方案减 1 分。
84.2	患者评估的内容包括但不限于疾病、重要脏器功能和患者心理、社会学因素等。	抽查 3-5 份病历，评估内容不完整一处减 0.1 分。
84.3	医院建立重大手术报告审批制度，明确重大手术的范围，严格落实报告和审批流程。	1.未建立制度不得分。 2.抽问 1-3 名医务人员是否知晓报告范围和报告渠道。每 1 例知晓内容低于 50%减 0.2 分，知晓内容低于 75%减 0.1 分。
84.4	落实急诊手术优先机制，保障急诊手术患者的安全。	1.无管理措施减 1 分。 2.未落实执行减 0.5 分。
(八十五)手术的全过程情况，术后注意事项，手术后治疗、观察与护理情况及时、准确地记入病历；手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断（2 分）。（执业许可证无外科、介入等手术类诊疗科目的专科医院可选） 【标准概述】手术记录是重要的诊疗记录，应客观、准确、及时、完整、规范地完成手术记录，术后严密观察手术效果，手术后治疗规范落实。为保证诊断准确性，所有切除组织必须送病理检查。		
85.1	对手术记录的完整性和及时性有明确要求。	无要求减 1 分。
85.2	手术记录规范包括手术的全过程情况，术后注意事项，手术后治疗、观察与护理情况。	查阅 3-5 份手术病历，书写不规范一处减 0.1 分。
85.3	对手术离体组织病理学检查有明确要求并有相关流程。	1.无要求减 0.5 分。 2.无流程减 0.5 分。 3.抽问 1-3 名医务人员是否知晓相关内容。每 1 例知晓内容低于 50%减 0.2 分，知晓内容低于 75%减 0.1 分。
(八十六)完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制。制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录，明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访（2 分）。（执业许可证无外科、介入等手术类诊疗科目的专科医院可选） 【标准概述】日间手术是提高医院运营效率，改善患者体验的重要手段。应建立日间手术质量安全管理机制，规范日间手术的诊疗规范和手术操作流程，确保患者安全，重视患者宣教。		
86.1	有开展日间手术相关管理制度与目录。	1.未建立制度不得分。 2.无目录减 0.3 分。
86.2	日间手术病种和技术目录向社会公开。	未向社会公开减 0.3 分。

标准序号	评审要点	评分方法
86.3	开展日间手术健康宣教。	无宣教减 0.3 分。
86.4	建立日间手术病种临床路径。	未建立临床路径减 0.5 分。
86.5	对手术适应证范围、麻醉方式、主要风险控制有具体要求。	无要求减 0.3 分。
86.6	建立患者、术式、术者准入与退出机制。	未建立机制减 0.5 分。
86.7	开展日间手术评估与质量安全管控,定期总结分析和改进。	1.无评估与质控减 0.5 分。 2.无总结分析减 0.3 分。 3.相关资料不完善减 0.3 分。
86.8	开展日间手术术后随访。	无随访减 0.5 分。
（八十七）手术麻醉人员配置合理。实行患者麻醉前病情评估制度。有麻醉后复苏室，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态，防范麻醉并发症的措施到位。制定术后镇痛治疗管理规范和流程并严格执行（2分）。（执业许可证无外科、介入等手术类诊疗科目的专科医院可选） 【标准概述】手术麻醉是保障外科手术质量与安全的重要环节，医院应当保证足够的人员配置，建立技术动态评估机制，履行麻醉前告知义务，妥善处理麻醉并发症，达到良好的麻醉和镇痛效果。		
87.1	麻醉医师与外科医师比例不低于 1∶4，麻醉医师与麻醉护士比例不低于 2∶1，手术室护理人员与手术台比例不低于 3∶1。手术室护理专科护士、麻醉护理专科护士持证比例不低于 30%。	1.麻醉医师比例不达标减 0.2 分。 2.麻醉护士比例不达标减 0.1 分。 3.手术室护理人员比例不达标减 0.1 分。 4.专科持证比例不达标减 0.1 分。
87.2	实行麻醉医师资格分级授权管理制度与规范,有定期能力评价与再授权的机制。	1.未建立制度不得分。 2.无规范减 0.5 分。 3.分级授权管理有缺陷减 0.2 分。 4.能力评价与再授权执行有缺陷减 0.2 分。
87.3	明确患者麻醉前病情评估的重点范围,开展手术风险评估和术前麻醉准备，履行麻醉知情同意，制定麻醉计划。对变更麻醉方案的病例定期进行分析和总结。	1.无手术风险评估减 0.2 分。 2.进入手术室前未履行麻醉知情同意手续减 0.5 分。 3.准备措施不完善各项减 0.1 分。 4.无分析总结减 0.1 分。
87.4	有麻醉过程中的意外与并发症处理规范与流程，有麻醉效果评定的规范与流程。	1.无相关规范和流程减 0.5 分。 2.规范与流程不熟悉，各减 0.1 分。
87.5	麻醉后复苏室床位与手术台比不低于 1:3，执行麻醉复苏室患者转入、转出标准与流程，患者在复苏室内的监护结果和处理均有记录。	1.床位不达标减 0.2 分。 2.无转入、转出标准减 0.2 分。 3.记录有缺陷减 0.1 分。
87.6	有术后慢性疼痛、癌痛患者的镇痛治疗规范，在镇痛治疗中认真执行，镇痛治疗效果有评价和记录。	1.无规范减 0.5 分。 2.无效果评价减 0.2 分。 3.记录有缺陷减 0.1 分。

<table>
<tr><th>标准序号</th><th>评审要点</th><th>评分方法</th></tr>
<tr><td colspan="3">（八十八）根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合规定。按计划对工作人员进行相关培训（2 分）。（国家及省级卫生健康行政部门未明确规定必须建立感染性疾病科的专科医院，88.1 与 88.2 可选）
【标准概述】医疗机构应按照《传染病防治法》及相关法律、法规、规章和规范要求设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，承担本单位和责任区域内的传染病防治工作，其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合规定；完善感染管理相关的制度、流程、岗位职责、诊疗规范等；按计划对工作人员进行相关培训。</td></tr>
<tr><td>88.1</td><td>感染性疾病科、发热门诊和肠道门诊建筑规范、医疗设备和设施、人员符合相关法律、法规要求以及医院感染预防与控制要求。</td><td>1.建筑、布局、流程不符合感控要求减 0.3 分。
2.有关设备、设施配置不全减 0.2 分。
3.人员配备不符合要求减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>88.2</td><td>制定感染性疾病科各项规章制度、岗位职责和流程。</td><td>1.未建立相关制度、流程、岗位职责不得分。
2.制度、流程落实不到位减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>88.3</td><td>发热门诊应当根据相关制度与规定，规范管理。</td><td>1.未达到闭环管理减 0.2 分。
2.环境物品消毒不规范减 0.2 分。
3.人员监测与防护不到位减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>88.4</td><td>对医护人员进行传染病诊疗、防控、个人防护等有关知识的教育培训。</td><td>1.未定期或实时开展培训减 0.3 分。
2.抽问 1-3 名医护人员，是否知晓相关内容。每 1 例知晓内容低于 50%减 0.5 分，知晓内容低于 75%减 0.25 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">（八十九）实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质；医院明确精神类治疗服务范围并为患者提供适当的医疗保护措施，向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育（2 分）。（执业许可证无精神科诊疗科目的医院可选）
【标准概述】从事精神类疾病治疗应严格依法执业，医疗机构需取得诊疗许可，医师应具备相应资质。医疗机构应对精神类疾病诊疗范围进行明确，并配备相应的设备设施，尤其需重点关注患者医疗保护措施的配置。加强医患沟通的落实，取得患者家属或授权委托人理解并能有效落实保护措施。</td></tr>
<tr><td>89.1</td><td>医院精神科具有卫生健康行政部门的诊疗许可和具有相关资质的医师队伍。</td><td>1.无诊疗许可不得分。
2.医师无资质不得分。</td></tr>
<tr><td>89.2</td><td>开展精神类治疗服务有规范的患者安全保护措施并落实。</td><td>1.无措施减 0.5 分。
2.措施不规范 1 处减 0.1 分。</td></tr>
<tr><td>89.3</td><td>向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。</td><td>1.查阅 3-5 份精神科病历，无保护性措施告知减 0.5 分。
2.同意书填写不完善 1 份减 0.1 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">（九十）实施精神类疾病治疗的医院为精神残障者的其他躯体疾患提供多学科联合诊疗服务，有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育。为精神残障者提供出院康复指导与随访（2 分）。（执业许可证无精神科诊疗科目的医院可选）
【标准概述】对精神残障患者其他躯体疾病及时识别，开展合理和全面的治疗，建立多学科联合诊疗服务机制，制定常见并发症规范与风险预防流程和防范措施。对医务人员、患者家属或授权委托人开展相关培训教育，为精神残障者提供包括出院康复指导与随访的全程服务。</td></tr>
</table>

标准序号	评审要点	评分方法
90.1	医院有会诊流程或多学科联合诊疗模式对精神残障者的其他躯体疾病开展诊疗服务。	1.未建立相关制度不得分。 2.无流程减 1 分。 3.无多学科联合诊疗减 0.5 分。
90.2	有精神残障者常见并发症的预防和处置规范和风险防范流程，开展相关培训教育。	1.无规范及流程减 0.5 分。 2.流程不完善减 0.3 分。 3.无培训教育减 0.5 分。 4.培训有缺陷减 0.3 分。
90.3	为精神残障者提供出院康复指导与随访。	1.未提供出院康复指导减 0.5 分。 2.无随访减 0.3 分。
(九十一)医院开展介入诊疗技术，专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。有介入诊疗器械登记制度，保证器械来源可追溯（2 分）。(执业许可证无介入放射学专业诊疗科目的专科医院可选） 【标准概述】介入诊疗技术包括但不限于心血管疾病、外周血管、神经血管、肿瘤介入诊疗技术。医院开展介入诊疗技术，其专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。应按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制，保证介入诊疗器械来源可追溯。		
91.1	所开展的介入诊疗技术项目与卫生健康行政部门核准的临床诊疗科目一致,有关介入诊疗项目获取准入资格。	无准入资格不得分。
91.2	有血管造影或介入导管室,设置符合诊疗技术管理规范。	不符合管理规范减 0.2 分。
91.3	有磁共振（ＭＲＩ）、计算机Ｘ线断层摄影（ＣＴ）、多普勒超声设备及相配套的专业诊断队伍。	无配套的专业诊断人员减 0.2 分。
91.4	有设备使用管理相关制度,有专人负责,有保养、维护、维修记录。	1.未建立制度不得分。 2.无专人管理减 0.2 分。 3.无相关记录减 0.2 分。 4.记录不完善减 0.1 分。
91.5	有介入诊疗器材购入、使用登记制度，保证器材来源可追溯。	1.未建立相关制度不得分。 2.器材来源不能追溯不得分。
91.6	对介入诊疗质量有定期评价和分析，并有记录。	1.无定期分析和评价减 0.2 分。 2.记录不完善减 0.2 分。
91.7	对术后患者进行随访。	无随访管理减 0.2 分。
(九十二)开展血液净化技术应当符合相关法律、法规及行业管理要求。有质量管理制度、安全保障措施和紧急处理预案（2 分）。(执业许可证无肾病学专业诊疗科目的专科医院可选） 【标准概述】血液净化包括血液透析、血液滤过、血液灌流、血浆置换、免疫吸附等。医院开展血液净化技术应当符合相关法律、法规及行业管理要求。有质量管理制度、安全保障措施和紧急处理预案。		
92.1	血液透析为登记注册卫生健康行政部门核准的诊疗科目。	无核准的诊疗科目不得分。
92.2	按照《医疗机构血液透析室基本标准》的各项要求设置。	设置未达标不得分。

标准序号	评审要点	评分方法
92.3	至少有2名执业医师，其中至少有1名具有肾脏病学中级以上专业技术职称任职资格。20台血液透析机以上，每增加10台血液透析机至少增加1名执业医师；血液透析室负责人应当由具备肾脏病学副高以上专业技术职称任职资格的执业医师担任。	未达到相应人力配置要求不得分。
92.4	每台血液透析机至少配备0.4名护士；血液透析室护士长或护理组长应由具备一定透析护理工作经验的中级以上专业技术职称任职资格的注册护士担任。	未达标不得分。
92.5	分区布局、设施设备符合相关规定。	1.布局和流程有普通透析治疗区、隔离透析治疗区、水处理间、治疗室、候诊区、接诊区、储存间、污物处理区和办公区，少1个区域减0.1分。 2.无抢救车减0.2分。
92.6	有血液净化质量管理制度、安全保障措施。	1.未建立制度不得分。 2.无安全保障措施减0.5分。
92.7	有紧急意外情况与并发症的紧急处理预案，定期进行演练，有记录。	1.无紧急处理预案减0.2分。 2.预案不完善减0.1分。 3.无演练减0.2分。 4.记录有缺陷减0.1分。
(九十三)血液透析机与水处理设备符合要求。透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》(2分)。(执业许可证无肾病学专业诊疗科目的专科医院可选) **【标准概述】**血液透析机和水处理设备是开展血液净化技术的关键设备，需符合相关要求。透析液和透析用水中化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。		
93.1	血液透析单元管理符合国家标准要求。	
93.1.1	每个透析单元使用面积不少于3.2平方米，血液透析单元间距能满足医疗救治及医院感染控制的需要。	1.使用面积未达标减0.2分。 2.单元间距不符合要求减0.3分。
93.1.2	每一台透析机建立档案，有设备档案与记录。	未建立档案减0.2分。
93.1.3	在用的透析机运转正常，超滤准确、监测系统和报警系统工作正常，有定期校验记录。	1.无校验记录减0.2分。 2.记录有缺陷减0.1分。
93.2	在用水处理设备的前处理和反渗机运转正常，供应充足的反渗水。	
93.2.1	水处理设备符合国标要求。	未达标不得分。
93.2.2	有设备档案与记录，至少包括水处理设备的出厂信息(技术信息和操作信息)、消毒和冲洗记录、出现的问题和定期维修记录。	1.无相关档案减0.2分。 2.无相关记录减0.2分。 3.相关记录有缺陷减0.1分。
93.2.3	反渗水供应线路上不设开放式储水装置，防止二次污染的措施。	无防范设施减0.2分。

标准序号	评审要点	评分方法
93.3	透析液配制符合要求。	
93.3.1	透析液和透析粉符合国家标准。	未达标不得分。
93.3.2	有透析液配制相关制度、流程、程序与质量控制措施。	1.未建立相关制度不得分。 2.未建立流程与操作程序减 0.5 分。 3.无质量管理措施减 0.1 分。
93.3.3	透析液和透析用水中化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。	检测不达标不得分。
93.4	执行《血液透析器复用操作规范》。	
93.4.1	对透析器复用有明确的管理制度和流程。	1.未建立制度不得分。 2.无流程减 0.5 分。 3.复用管理有缺陷减 0.2 分。
93.4.2	复用登记记录完整，复用病例与透析器可追溯。	1.记录不完整减 0.1 分。 2.不可追溯减 0.2 分。
93.4.3	可复用血液透析器复用次数符合规范要求。	不符合规范要求减 0.2 分。
(九十四)开展放射治疗技术应当依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》，布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。有放射治疗装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度和放射防护制度，并严格执行（2 分）。（执业许可证无放射治疗专业诊疗科目的专科医院可选） 【标准概述】放射诊疗工作，是指使用放射性同位素、射线装置进行临床医学诊断、治疗和健康检查的活动。医院开展放射治疗技术应当依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》，放射诊疗场所布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准，有放射治疗装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度和放射防护制度，并严格执行。		
94.1	放射治疗设备有《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配制许可证》。	无许可证不得分。
94.2	有放射治疗装置操作和维护维修制度与质量保证和检测制度。	未建立相关制度不得分。
94.3	相关人员知晓上述制度并执行。	抽问 1-3 名工作人员是否知晓相关内容。每 1 例知晓内容低于 50%减 0.3 分，知晓内容低于 75%减 0.1 分。
94.4	放射部门在相关的放射场所设置明显的警示标识。	未设置警示标识不得分。
94.5	有专人负责放射治疗装置的维护、维修与检测，有完整的使用、维护、检测、维修记录。	1.无专人负责减 0.2 分。 2.无相关记录减 0.2 分。 3.记录不完整减 0.1 分。
94.6	有患者与工作人员放射防护制度。	未建立相关制度不得分。
94.7	工作人员佩带个人放射剂量计。	未佩戴放射剂量计，1 例减 0.1 分。
(九十五)实施放射治疗应当有明确的规范与流程，有医学物理人员参与制订治疗计划，保证放射治疗定位精确与计量准确。有放射治疗意外应急预案及处置措施（2 分）。（执业许可证无放射治疗专业诊疗科目的专科医院可选） 【标准概述】医学物理人员是在肿瘤放射治疗、医学影像、核医学以及质量保证和质量控制并保健物理和辐射防护等方面的专业人员，在精准靶定位治疗、治疗剂量大小等等方面起着重要的决定性和监督性作用。实施放射治疗应当有明确的规范与流程，有医学物理人员参与制订治疗计划，保证放射治疗定位精确与计量准确。有放射治疗意外应急预案及处置措施。		

标准序号	评审要点	评分方法
95.1	实施放射治疗有相关的制度、规范与流程，保证放射治疗定位精确与计量准确。	
95.1.1	有放射治疗质量管理制度、讨论放射治疗计划的制度，放射治疗效果评价的规范与流程。	未建立相关制度、规范和流程不得分。
95.1.2	放射治疗前由主管医生、物理师共同制订放射治疗计划，有放射治疗过程中根据患者情况及时调整放疗计划的相关流程。	1. 无共同制订放射治疗计划的记录减 0.2 分。 2. 无相关流程减 0.5 分。 3. 未按流程执行减 0.2 分。
95.1.3	有保证放射治疗定位精确与计量准确的相关程序。	无相关程序减 0.2 分。
95.2	加强对放射治疗意外事件管理，有放射治疗意外应急预案及处置措施。	
95.2.1	有放射治疗意外应急预案及处置措施，有对相关人员进行相关培训。	1. 无预案和处置措施减 0.5 分。 2. 预案不完善减 0.1 分。 3. 未进行相关培训减 0.2 分。
95.2.2	有放射治疗意外应急演练。	1. 未演练减 0.2 分。 2. 资料不完整减 0.1 分。
95.2.3	有放射治疗与核医学工作场所监测记录。	1. 无相关记录减 0.1 分。 2. 资料不完整减 0.1 分。
95.3	放射诊疗工作场所、放射性同位素储存场所的辐射水平符合有关规定。	
95.3.1	定期对放射诊疗工作场所、放射性同位素储存场所的辐射水平进行检测。	1. 未检测不得分。 2. 无定期检测记录减 0.2 分。
95.3.2	放射治疗设备和场所设置醒目的警示标志。	无相关警示标志减 0.1 分。
95.3.3	辐射水平符合有关规定或标准。	辐射水平不符合要求减 0.2 分。
(九十六)医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求（2 分)。(执业许可证无核医学、脑电及脑血流图诊断、神经肌肉电图专业诊疗科目的医院可选） 【标准概述】为患者提供满足临床诊疗需求的诊断核医学（放射性分析、体内检测)、脑电图、肌电图等特殊诊疗服务项目，需符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。		
96.1	根据医院的功能任务设置特殊检查室，符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求，满足临床科室诊疗需求。	特殊检查室不符合相关要求不得分。
96.2	开展诊断核医学（包括脏器或组织影像学检查、脏器功能测定和体外微量物质分析等）项目经登记注册卫生健康行政部门核准。	未经核准不得分。
96.3	核医学工作场所的分级和分区、放射防护、放射性物质贮存和操作、辐射监测及放射性废物处理符合临床核医学卫生防护国家标准要求。	不符合要求不得分。
96.4	制定放射性分析管理制度及程序；放射性分析有书面质量控制流程。	1. 未建立制度不得分。 2. 无程序和流程，缺一项减 0.5 分。

标准序号	评审要点	评分方法
96.5	实验室须保留放射性核素和放射性药物从进入实验室到投药和最后被销毁的全程记录:提供部门记录的文件,注明放射性核素的标识、收到日期、接收方法、活性、储存、制备、处理、容器的性质、投药日期、销毁的情况。	1.无记录减0.5分。 2.记录项目不全减0.1分。 3.记录不完整减0.1分。
96.6	有保证使用放射性同位素时患者和工作人员安全的措施。	1.无安全措施减0.5分。 2.措施有缺陷减0.2分。
96.7	主管部门对特殊检查室有检查和监管。	无检查和监管减0.2分。
(九十七)特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围,避免医务人员及其他人员接触有害物质。有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行(2分)。 【标准概述】特殊检查包括诊断核医学、脑电图、肌电图等,其检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。能将有害的光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围,避免医务人员及其他人员接触有害物质。医院有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。		
97.1	特殊检查室设计及空间区域划分应符合环境保护与人员防护规定。	不符合环保和防护要求减0.2分。
97.2	特殊检查所用设备、仪器、药品必须符合国家相关标准,并经验证合格后方能使用,以保证检查质量和患者安全。	无相关验证报告减0.5分。
97.3	放射性操作区应展示简明的意外事故管理规范和应急救援措施指南,并指定该区域的防护负责人。	1.无管理规范和指南减0.5分。 2.无区域防护负责人减0.2分。
97.4	有突发意外事故应急预案,责任分工明确,相关人员有培训,并有演练。	1.无预案减0.5分。 2.无培训减0.2分。 3.未演练减0.2分。 4.资料不完整减0.1分。
97.5	工作区域应备有急救药品和设备。	工作区域未配备急救药品和设备减0.2分。
(九十八)开展日间化疗服务应当明确规定日间化疗服务适用范围,集中配置化疗药物,有安全管理制度及质量保证措施(2分)。(不具备病房、药物配送等日间化疗相关条件的医院可选) 【标准概述】日间化疗服务是医院改善服务质量,提高医疗服务效率的新举措。应规范日间化疗,明确服务项目,集中配置化疗药物,建立安全管理制度及质量评价指标,实施质控,持续改进日间化疗服务质量。		
98.1	医院明确日间化疗服务的适用范围。	现场查看有无日间化疗公示,无或不全面减0.5分。
98.2	建立集中配置化疗药物安全管理制度。	1.未建立制度不得分。 2.不完善减0.5分。
98.3	集中配置化疗药物,确保安全操作。	1.未建立集中配置减0.5分。 2.不完善减0.2分。
98.4	建立集中配置化疗药物质控标准。	1.未建立指标减0.5分。 2.不完善减0.2分。

六、护理质量保障与持续改进

标准序号	评审要点	评分方法
(九十九)建立扁平高效的护理管理体系，建立护理质量与安全管理委员会，依据法律法规、行业指南、标准，制定护理制度、常规和操作规程，实施护理质量管理工作(2 分)。 【标准概述】医疗机构应建立扁平高效的护理管理体系，体现职、责、权、利的统一，明确分工，相互协作，以保证护理工作的顺利推进和行业相关法律法规、指南、规范、标准、制度的落实，保障患者的安全。		
99.1	建立扁平高效的护理管理体系。	
99.1.1	有院长（或副院长）领导下的“院-科-病区”护理垂直管理体系，定期专题研究护理管理工作。	1.护理管理体系未实行扁平化或垂直管理减 0.1 分。 2.未专题研究护理工作或无记录减 0.1 分。
99.1.2	有护理工作中长期规划、年度计划，与医院总体规划和护理发展方向一致。	1.未制定护理工作中长期规划减 0.1 分。 2.未制订护理工作年度计划减 0.1 分。 3.规划或计划内容与医院总体规划和护理发展方向不一致减 0.05 分。
99.1.3	医院有措施保障落实护理工作中长期规划、年度计划。	无具体的保障落实措施减 0.1 分。
99.2	建立院-科-病区护理质量与安全管理组织体系，职责明确，落实到位。	
99.2.1	有护理质量管理委员会，有护理质量与安全管理监测计划，有护理质量监测指标，定期开展护理质量控制工作，并有记录。	1.未建立质量管理委员会减 0.2 分。 2.质量委员会无工作记录减 0.1 分。 3.无质量管理监测计划或质量监测指标减 0.1 分。 4.无监测记录减 0.05 分。
99.2.2	科室有护理质量与安全管理小组，负责落实护理质量与安全管理工作。	1.科室未建立护理质量与安全管理小组减 0.2 分。 2.质量安全工作落实有缺陷减 0.1 分。
99.2.3	科室护理质量与安全管理小组每月对护理质量与安全管理有自查、分析、反馈和改进。	1.未自查减 0.2 分。 2.无分析、反馈和改进记录减 0.1 分。
99.2.4	主管部门对护理质量与安全管理工作有监管，质量持续改进有成效，医院护理质量与安全管理规范。	1.主管部门未监管减 0.3 分。 2.无监管记录减 0.1 分。 3.无案例呈现持续改进的过程减 0.1 分。 4.质量改进成效不显著减 0.1 分。 5.护理质量与安全管理有缺陷减 0.1 分。
99.3	依据法律法规、行业指南、标准，制定护理制度、常规和操作规程，实施护理质量管理工作。	
99.3.1	依据法律法规、行业指南、标准，制定护理制度、常规和操作规程等。	1.未建立护理制度减 0.1 分。 2.制度未及时更新减 0.05 分。 3.未制定常规或操作规程减 0.1 分。 4.常规或操作规程未及时更新减 0.05 分。

标准序号	评审要点	评分方法
99.3.2	对护理制度、常规、操作规范有培训。	1.未培训减 0.1 分。 2.无记录减 0.05 分。
(一百)护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配置原则，以临床护理工作量为基础，根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。有紧急状态下调配护理人力资源的预案（2 分）。 【标准概述】医院应根据规模、功能和任务，合理配备护理人力，制订护理单元人力配置原则及弹性调配方案，且医疗机构应有紧急状态下护理人力资源调配预案和调配记录。		
100.1	按照医院的规模、功能、任务合理配置护理人员。	
100.1.1	有护理单元护理人力配置的原则和标准,护理人员配置符合规定。	1.无配置原则和标准减 0.1 分。 2.护理人员配置不符合规定减 0.1 分。
100.1.2	临床一线护理人员占护理人员总数≥95%。	未达到规定要求减 0.2 分。
100.1.3	普通病房每位护士平均负责病人数≤8 人，根据床位数和工作量合理配置夜班护士人数。	1.护士平均负责病人数未达到要求减 0.2 分。 2.抽查 2 个病区，夜班护士人数不合理每一病区减 0.05 分。
100.2	对护理人力资源实施弹性调配。	
100.2.1	制订符合医院实际的护理人力资源调配方案。	1.无人力资源调配方案减 0.2 分。 2.方案不符合医院实际或不具有操作性减 0.1 分。
100.2.2	实施护理部-科室-病区三级弹性人力资源调配并有记录，护理部统一管理。	1.护理人员调配未实行护理部统一管理减 0.4 分。 2.抽查 2 个病区，无调配或无记录，每个病区减 0.1 分。
100.2.3	护理人员分管患者体现能级对应。	抽查 2 个病区，未体现能级对应一个病区减 0.1 分。
100.3	有紧急状态下的护理人力资源调配预案。	
100.3.1	有紧急状态下护理人力资源调配规定与流程。	1.无紧急状态下调配规定减 0.1 分。 2.无调配流程减 0.1 分。
100.3.2	建立护理人力资源机动库。	1.未建立护理人力资源机动库减 0.2 分。 2.机动库人员组成不合理减 0.1 分。
100.3.3	实施紧急状态下护理人力资源调配并有记录。	1.未实施紧急状态下护理人力资源调配减 0.2 分。 2.无调配记录减 0.1 分。
(一百零一)护理人员依法执业，实行分层级管理，有护理人员管理规定、实行岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。有护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录（3 分）。 【标准概述】医院应建立和完善护理岗位管理制度，将护士从按身份管理逐步转变为按岗位管理，护士得到充分的待遇保障、晋升空间、培训支持和职业发展，促进护士队伍健康发展。		
101.1	依法执业，对各级护理人员资质进行严格管理。	

标准序号	评审要点	评分方法
101.1.1	有各岗位人员资质要求、有审核规定与程序。	1.无各岗位人员资质要求减 0.1 分。 2.无审核规定与程序减 0.1 分。
101.1.2	主管部门对护理人员资质有审核、监管，对问题与缺陷有追踪分析。	1.主管部门无审核或无监管减 0.2 分。 2.对问题与缺陷无分析改进减 0.1 分。
101.1.3	护理各岗位人员均符合执业资质要求。	不符合要求减 0.2 分。
101.2	对护理人员实行分层级管理。	
101.2.1	医院有护理岗位管理制度,明确医院护理岗位设置和岗位职责、工作标准。	1.未建立岗位管理制度减 0.6 分。 2.无岗位职责减 0.3 分。 3.无工作标准减 0.3 分。
101.2.2	有护理人员管理档案。	1.无护理人员档案减 0.4 分。 2.档案信息不全每份档案减 0.1 分。
101.3	有护理人员在职继续教育计划，保障措施到位，并有实施记录。	
101.3.1	有护理人员在职继续教育培训与考评制度,有各层级护理人员培训计划和实施方案。	1.未建立继续教育培训与考评制度减 0.3 分。 2.无培训计划减 0.1 分。 3.无培训实施方案减 0.1 分。
101.3.2	培训内容结合国家及行业相关要求、临床需求，体现不同岗位、不同专业、不同层次护理人员的特点。	1.培训内容未结合国家及行业相关要求减 0.1 分。 2.未体现岗位需求减 0.1 分。 3.未体现专业需求减 0.1 分。 4.未体现不同层次需求减 0.1 分。
101.3.3	医院有保障护理人员继续教育培训实施的师资、经费及场地等措施。	1.无培训经费减 0.1 分。 2.无培训师资或师资不足减 0.1 分。 3.无培训场地或场地不能满足需要减 0.1 分。
101.4	落实《专科护理领域护士培训大纲》培训要求，培养专科护理人才。	
101.4.1	根据医院功能与任务,制定本院专科护理人员培训计划。	1.无专科护士培训计划减 0.1 分。 2.计划与医院实际情况不符减 0.05 分。
101.4.2	建立专科护士培养与使用制度,合理使用专科护理人才。	1.未建立培养和使用制度减 0.3 分。 2.专科护士使用不合理减 0.1 分。
(一百零二)建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素并以考核护理人员实际工作能力为核心的绩效考核制度，考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，调动护理人员积极性（2.5 分）。 【标准概述】医院应建立并实施护士定期考核制度，考核结果与护士的收入分配、奖励、评先评优、职称评聘和职务晋升挂钩，提高护理人员的工作积极性。		
102.1	建立护理绩效考核制度和考核方案。	1.未建立绩效考核制度减 0.5 分。 2.无考核方案减 0.5 分。 3.考核方案未体现工作量、质量、患者满意度、护理难度等减 0.5 分。
102.2	建立各级护理人员的绩效考核标准,定期实施考核,有记录。	1.无各级人员的绩效考核标准减 1 分。 2.未定期进行考核减 0.5 分。 3.无考核记录减 0.5 分。

<table>
<tr><th>标准序号</th><th>评审要点</th><th>评分方法</th></tr>
<tr><td>102.3</td><td>绩效考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合。</td><td>绩效考核结果未与护理人员评优、晋升、薪酬分配相结合减 0.5 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">（一百零三）依据《护士条例》等相关法律法规和规定，规范护理工作，落实优质护理服务。实施责任制整体护理，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务（3 分）。
【标准概述】实施责任制整体护理工作模式，每名责任护士均负责一定数量的患者，为患者提供基础护理、病情观察、治疗、沟通、心理护理和健康指导等全程、全面、优质的护理服务，保障医疗安全，改善患者体验，促进医患和谐。</td></tr>
<tr><td>103.1</td><td colspan="2">依据《护士条例》等法律法规，规范护理工作，落实优质护理服务。</td></tr>
<tr><td>103.1.1</td><td>有优质护理服务实施方案和工作计划并有效落实。</td><td>1.无实施方案减 0.25 分。
2.无工作计划减 0.25 分。
3.未落实减 0.5 分。</td></tr>
<tr><td>103.1.2</td><td>有推进开展优质护理服务的保障制度、措施及激励机制，并与多部门有联动机制。</td><td>1.未建立保障制度或措施减 0.25 分。
2.无激励机制减 0.25 分。
3.无多部门联动减 0.5 分。</td></tr>
<tr><td>103.1.3</td><td>后勤部门和辅助科室全面保障临床一线护理工作。</td><td>1.未实行物品下收下送减 0.1 分。
2.未实行药品单剂量摆放减 0.1 分。
3.药品未下送减 0.1 分。
4.未实行设备下修减 0.1 分。
5.信息系统不能为临床服务提供有效支持减 0.1 分。</td></tr>
<tr><td>103.2</td><td colspan="2">实施责任制整体护理，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。</td></tr>
<tr><td>103.2.1</td><td>实施责任制整体护理工作模式，护理人员分管患者护理级别符合其能级水平。</td><td>1.未实施责任制整体护理工作模式减 0.5 分。
2.查看 2 个病区，护理人员分管患者未体现能级对应每个病区减 0.1 分。</td></tr>
<tr><td>103.2.2</td><td>为患者提供心理、健康指导服务和出院指导。</td><td>1.访谈 1-3 名患者，未对患者进行病情评估、未提供健康指导或出院指导减 1 分。
2.病情评估不准确每位减 0.1 分。
3.健康指导不到位每位减 0.1 分。
4.出院指导不到位每位减 0.1 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">（一百零四）根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》（WS/T 431-2013)的原则和要求，进行护理分级，并且按护理级别实施分级护理。有危重患者护理常规，护理措施落实到位（2.5 分）。
【标准概述】医护人员根据患者病情和（或）自理能力确定护理级别，并提供规范的临床护理服务，护理人员应落实分级护理制度并实施分级护理。</td></tr>
<tr><td>104.1</td><td colspan="2">根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》（WS/T 431-2013)的原则和要求，进行护理分级，并且按护理级别实施分级护理。</td></tr>
<tr><td>104.1.1</td><td>对分级护理制度和流程有培训。</td><td>1.未对分级护理制度和流程进行培训减 0.2 分。
2.无培训记录减 0.1 分。</td></tr>
</table>

标准序号	评审要点	评分方法
104.1.2	按护理级别为患者提供护理服务。	1.查看2名患者，分级护理未落实每位患者减0.5分。 2.不了解患者病情每位减0.2分。 3.护理措施与患者级别不相符合每位减0.25分。
104.2	有危重患者护理常规，护理措施落实到位。	
104.2.1	有危重患者护理常规，患者基础护理、专科护理措施落实到位。	1.无危重患者护理常规减0.5分。 2.查看2名危重患者，基础护理落实有缺陷每位减0.1分。 3.专科护理落实有缺陷每位减0.1分。
104.2.2	对护士进行危重患者护理理论知识和操作技能培训。	1.未对护士进行危重患者护理理论知识和操作技能培训减0.5分。 2.无培训记录减0.2分。
（一百零五）护理文书、护理查房、护理会诊和护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行（2分）。 **【标准概述】**医疗机构及医务人员应当严格遵守《医疗质量安全核心制度要点》相关要求，规范临床护理服务行为、确保患者生命安全。		
105.1	按照《病历书写基本规范》书写护理文件，定期质量评价。	
105.1.1	有护理文件书写规范及医院护理文件书写细则和质量评价标准。	1.无护理文件书写规范减0.2分。 2.无护理文件书写细则减0.2分。 3.无护理文件书写质量评价标准减0.2分。
105.1.2	护理人员落实护理文件书写规范和细则，按照规范要求书写护理文件。	落实有缺陷每份减0.1分。
105.2	建立护理查房制度。	
105.2.1	有护理查房制度，并落实。	1.未建立查房制度减0.1分。 2.查房制度不完善减0.1分。
105.2.2	定期开展护理查房。	1.查看护理部及2个病区，未开展护理查房减0.4分。 2.查房内涵质量差，不能解决患者实际问题减0.1分。
105.3	建立护理会诊和护理疑难病例讨论制度。	
105.3.1	有护理会诊和护理疑难病例讨论制度。	1.未建立护理会诊制度减0.1分。 2.未建立护理疑难病例讨论制度减0.1分。
105.3.2	有护理会诊人员资质要求并落实。	无会诊人员资质要求减0.1分。
105.3.3	开展护理会诊和定期开展护理疑难病例讨论。	1.未开展护理会诊减0.15分。 2.未开展疑难病例讨论减0.15分。 3.疑难病例讨论内涵质量差，不能解决患者实际问题减0.1分。

标准序号	评审要点	评分方法
（一百零六）有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。有紧急意外情况的护理应急预案和处理流程，有培训与演练（2 分）。 【标准概述】医院应建立和完善临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范及预案，并组织培训和演练，以保证应急行动迅速、有序、有效的开展，降低突发事件造成的人身、财产与环境损失。		
106.1	有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。	
106.1.1	有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。	无常见并发症的预防与处理规范减 0.2 分。
106.1.2	有针对操作常见并发症预防及处理的培训计划，并落实。	1.无培训计划或计划未落实减 0.2 分。 2.落实有缺陷减 0.1 分。
106.1.3	护理人员熟练掌握本专业常见技术操作，熟悉并发症预防措施及处理流程。	抽问 1-3 名护理人员，未掌握每名减 0.1 分。
106.2	有紧急意外情况的护理应急预案和处理流程，有培训与演练。	
106.2.1	有用药、输血、治疗、标本采集、围术期管理等重点环节应急管理制度。	1.未建立重点环节应急管理制度减 0.1 分。 2.制度有缺陷减 0.05 分。
106.2.2	有用药、输血、治疗、标本采集、围术期管理等重点环节紧急意外情况的应急预案。	1.无重点环节预案减 0.5 分。 2.预案不完善缺一项减 0.2 分。
106.2.3	对紧急意外情况的应急预案有培训及演练。	1.无培训减 0.1 分。 2.无演练减 0.1 分。
（一百零七）按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》《医院消毒供应中心管理规范》《新生儿病室建设与管理指南（试行）》和《医疗机构新生儿安全管理制度（试行）》，完善手术部（室）、消毒供应中心（室）和新生儿病室等护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进（6 分）。（由区域内卫生健康行政部门许可未建立新生儿室的综合医院、未建立新生儿室的专科医院，107.3 可选。） 【标准概述】医院应根据国家相关法律法规、指南、规范等，建立和完善手术部（室）、医院消毒供应中心和新生儿病室相关护理质量管理制度，合理配置人力、严格人员资质管理、明确岗位职责，落实相关管理措施持续改进医疗质量，保障医疗安全。		
107.1	按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》，完善手术部（室）护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。	
107.1.1	建立手术部（室）护理管理各项规章制度、工作流程、岗位职责及操作规程，有考核及记录。工作人员配备合理。	
107.1.1.1	有管理制度、工作流程、岗位职责和操作规范。	1.无管理制度、工作流程、岗位职责和操作规范各减 0.05 分。 2.管理制度、工作流程、岗位职责和操作规范不完善各减 0.02 分。
107.1.1.2	人力配置合理，明确各级人员的资质及岗位技术能力要求，并落实到位。	1.人员配置不合理减 0.1 分。 2.人员资质未作相关要求减 0.1 分。 3.落实有缺陷减 0.1 分。
107.1.2	建立手术部（室）护理质量与安全管理小组，职责明确，落实到位。	
107.1.2.1	有专科护理质量评价标准。	未建立评价标准减 0.2 分。
107.1.2.2	有质量与安全管理小组，有护理质量与安全管理监测计划并有效落实。	1.无质量管理小组减 0.2 分。 2.无质量监测计划减 0.2 分。 3.落实有缺陷减 0.1 分。

标准序号	评审要点	评分方法
107.1.2.3	科室对护理质量有自查、分析、反馈和改进。	1.未自查减 0.2 分。 2.无分析、反馈和改进减 0.1 分。
107.1.3	建立手术部（室）安全管理制度，制度落实到位。	
107.1.3.1	有患者交接、安全核查、安全用药、手术物品清点、标本管理等工作流程，并落实。	1.无流程减 0.3 分。 2.落实有缺陷减 0.1 分。
107.1.3.2	有手术患者体位安全管理要求并有效落实。	1.无体位安全管理要求减 0.1 分。 2.因管理要求落实不力造成患者损伤减 0.1 分。
107.1.3.3	有易燃易爆设备、设施及气体的安全管理制度并有效落实。	1.未建立管理制度减 0.1 分。 2.落实有缺陷造成患者术中意外伤害减 0.1 分。
107.1.3.4	有突发事件的应急预案、有培训和演练记录。	1.无预案减 0.2 分。 2.未开展培训或演练减 0.1 分。 3.无记录减 0.1 分。
107.1.3.5	科室对安全管理有自查、分析、反馈和改进。	1.未自查减 0.2 分。 2.无分析、反馈和改进减 0.1 分。
107.2	按照《医院消毒供应中心管理规范》，完善消毒供应中心（室）护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。	
107.2.1	消毒供应中心（CSSD）设施、设备完善，符合相关规范要求。	
107.2.1.1	专人负责 CSSD 设备的维护和定期检修。	1.无专人管理减 0.1 分。 2.无维护保养记录减 0.1 分。
107.2.1.2	根据工作岗位需要，配备相应的个人防护用品。	1.无个人防护用品减 0.2 分。 2.个人防护不足或不适用减 0.1 分。
107.2.2	建立 CSSD 管理制度、工作流程、操作规程、应急预案。工作人员配备合理，人员职责落实到位。	
107.2.2.1	有 CSSD 工作制度、工作流程、操作规范。	1.未建立工作制度或工作流程或操作规范均减 0.1 分。 2.有缺陷减 0.05 分。
107.2.2.2	有突发事件的应急预案、有培训和演练记录。	1.无预案减 0.1 分。 2.未开展培训或演练减 0.05 分。 3.无记录减 0.05 分。
107.2.2.3	人力配置合理，有各岗位人员任职条件及岗位职责。	1.人力配置不合理减 0.1 分。 2.无各岗位任职条件减 0.05 分。 3.资质不符合要求减 0.2 分。 4.无岗位职责减 0.05 分。
107.2.3	实施集中管理，符合消毒供应中心管理规范要求。	
107.2.3.1	所有需要消毒或灭菌后重复使用的诊疗器械、器具和物品由 CSSD 回收，集中清洗、消毒、灭菌和供应。	抽查 2 个病区，落实有缺陷一个病区减 0.1 分。
107.2.3.2	手术植入物与外来医疗器械，使用前应由本院 CSSD 或与本院签约的消毒服务机构遵照 WS310.2 和 WS310.3 的规定清洗、消毒、灭菌和监测；使用后应经 CSSD 清洗消毒。	手术植入物与外来医疗器械未按规定落实减 0.2 分。

标准序号	评审要点	评分方法
107.2.4	建立完善的质量管理与监测制度，质量控制过程的记录符合追溯要求。	
107.2.4.1	有质量与安全管理监测计划并有效落实。	1.无质量监测计划减 0.2 分。 2.计划落实有缺陷减 0.1 分。
107.2.4.2	科室有对清洗、消毒、灭菌等各环节的质量控制，质控过程的记录符合追溯要求。	1.无各环节的质量控制减 0.4 分。 2.记录不符合追溯要求减 0.2 分。
107.2.4.3	专人负责清洗、消毒、灭菌效果监测，有监测记录并符合监测标准要求。	1.无专人负责消毒灭菌质量监测减 0.1 分。 2.无监测记录或记录不符合要求减 0.1 分。
107.3	按照《新生儿病室建设与管理指南（试行）》和《医疗机构新生儿安全管理制度（试行）》，完善新生儿病室护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。	
107.3.1	有新生儿室护理管理制度、规范、岗位职责、工作流程、护理常规，有突发事件的应急预案或流程。	
107.3.1.1	有工作制度，工作流程、岗位职责，护理常规及专业技术规范，并有效落实。	1.未建立工作制度减 0.4 分。 2.无工作流程或无岗位职责或无护理常规或无操作规范分别减 0.05 分。 3.落实有缺陷减 0.1 分。
107.3.1.2	有突发事件的应急预案，有培训演练并记录。	1.无预案减 0.2 分。 2.预案缺乏操作性减 0.1 分。 3.未开展培训演练减 0.1 分。
107.3.2	新生儿室护理人力资源合理配备，实施责任制整体护理。	
107.3.2.1	新生儿病室人力配置合理，护士经过新生儿专业培训并考核合格。	1.人力配置不合理减 0.1 分。 2.护士未经过新生儿专业培训减 0.2 分。 3.无培训考核记录减 0.1 分。
107.3.2.2	实施责任制整体护理，护理人员分管患者护理级别符合护理人员能级水平。	1.现场查看或抽问护士，未开展责任制整体护理减 0.3 分。 2.分管患者未体现能级对应减 0.1 分。
107.3.3	建立新生儿室护理质量与安全管理小组，职责明确，落实到位。	
107.3.3.1	有质量与安全管理小组，有专科护理质量评价标准和质量指标，对护理质量进行监管。	1.无质量管理小组减 0.2 分。 2.无专科护理质量评价标准减 0.1 分。 3.无专科质量指标减 0.1 分。
107.3.3.2	有护理质量与安全管理监测计划并有效落实。	1.无监测计划减 0.2 分。 2.落实有缺陷减 0.1 分。
107.3.3.3	设备设施配备符合相关要求，定期检查保养，性能良好。	1.设备设施配备不能满足工作需要减 0.1 分。 2.性能差减 0.1 分。 3.未定期检查保养减 0.05 分。
107.3.3.4	科室对护理质量有自查、分析、反馈和改进。	1.未自查减 0.2 分。 2.无分析、反馈和改进减 0.1 分。

七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进

标准序号	评审要点	评分方法
（一百零八）医院药事管理工作和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求；建立与完善医院药事管理组织，完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施（2 分）。（综合医院与专科医院，108.6 可选） 【标准概述】药学部门设置以及人员配备应符合国家相关法律、法规及规章制度的要求；建立与完善医院药事管理组织，完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。		
108.1	设立药事管理与药物治疗学委员会，职责明确，有相应的工作制度。医院负责人任药事管理与药物治疗学委员会（组）主任委员，药学和医务部门负责人任药事管理与药物治疗学委员会（组）副主任委员。	1.医院未按要求设立药事管理与药物治疗学相关组织不得分。 2.职责不明确减 0.05 分。 3.未建立相应的工作制度不得分。 4.未按规定要求设立药事管理与药物治疗学委员会（组）主任委员，和副主任委员减 0.1 分。
108.2	有药事管理工作制度、操作规程，并组织实施。药学部门负责药学专业技术服务与相关药事管理工作。药学专业技术人员不少于本机构卫生专业技术人员的 8%。药学部门副高级以上药学专业技术职称任职资格人员，应当不低于 13%，教学医院应当不低于 15%。药学部门负责人应具有药学专业本科及以上学历、本专业高级技术职称任职资格。主管部门对药学专业技术人员配备和任职情况有检查与监管。	1.未建立药事管理工作制度不得分。 2.未制定操作规程减 0.05 分。 3.未组织实施减 0.05 分。 4.药学部门负责人职称不达标减 0.1 分。 5.药学专业技术人员和副高级以上职称人员未达标减 0.05 分。 6.主管部门无检查与监管减 0.1 分。
108.3	有药品调剂制度和操作规程。药品调剂必须设置处方、医嘱审核环节。有发药差错报告制度、差错分析登记。各级药学专业技术人员职责明确。医务人员熟悉药事管理法律法规及相关制度。	1.未建立药品调剂制度不得分。 2.未制定操作规程减 0.05 分。 3.药品调剂未设置处方、医嘱审核环节减 0.1 分。 4.未建立发药差错报告制度不得分。 5.无差错分析登记减 0.05 分。 6.抽问 1-3 名专业人员，药学专业技术人员职责不明确，医务人员不熟悉药事管理法律法规及相关制度一人次减 0.02 分。
108.4	药品管理信息系统与医院信息系统联网运行，对药品价格及其调整、医保属性等信息实现综合管理。	1.药品管理信息系统与医院信息系统未联网运行减 0.05 分。 2.未对药品价格调整减 0.05 分。 3.医保属性等信息未实现综合管理减 0.05 分。
108.5	科室对药事管理工作制度、年度计划有自查，问题有分析和整改措施，并落实。开展药事管理法律、法规及相关制度的宣传、教育、培训工作。	1.未开展自查工作减 0.05 分。 2.问题未分析、无整改措施减 0.05 分。 3.整改措施未落实减 0.1 分。 4.无培训计划和方案减 0.1 分。 5.无培训记录减 0.1 分。 6.培训记录不完整减 0.05 分。

标准序号	评审要点	评分方法
108.6	医院配置制剂，应持有《医院制剂许可证》，取得制剂批准文号。有保证制剂质量的设施、设备和管理制度，按规定配备药学专业技术人员。执行医疗机构制剂配制、使用规定。经省级药品监督管理部门批准后，制剂方可在医院之间调剂使用。	1.医院配置制剂未持有《医院制剂许可证》减 0.1 分。 2.未取得制剂批准文号生产制剂减 0.05 分。 3.未建立保证制剂质量的设施、设备和管理制度不得分。 4.未按规定配备药学专业技术人员减 0.05 分。 5.未执行医疗机构制剂配制、使用规定减 0.05 分。 6.未经省级药品监督管理部门批准，制剂在医院之间调剂使用减 0.05 分。
（一百零九）加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定（2.5 分）。 【标准概述】药学部门应规范药品遴选、采购、储存、调剂，保障药品质量和供应；建立静脉药物调配中心，静脉药品调配工作符合有关规定。		
109.1	有新药遴选及药品采购供应管理制度与流程，供药渠道合法；药学部门统一负责药品采购供应；药品采购规范，储备量与功能、任务和服务量相适应。	1.未建立新药遴选及药品采购供应管理制度不得分。 2.未建立流程减 0.05 分。 3.供药渠道不合法减 0.05 分。 4.药学部门未统一负责药品采购供应减 0.05 分。 5.药品采购不规范减 0.05 分。 6.储备量与功能、任务和服务量不相适应减 0.1 分。
109.2	药品贮存空间及设施设备满足药品质量要求。设置冷藏库、阴凉库、常温库，化学药品、生物制品、中成药、中药饮片分类定位存放。按规定设置验收、退药、发药等功能区域。	1.药品贮存空间及设施设备不满足药品质量要求减 0.02 分。 2.未设置冷藏库、阴凉库或常温库减 0.02 分。 3.未按规定检查温湿度记录，发现异常无处置措施减 0.02 分。 4.生物制品、中成药、中药饮片等未分类定位存放减 0.02 分。 5.未按规定设置验收、退药、发药等功能区域减 0.02 分。
109.3	有药品贮存管理制度，定期对库存药品进行养护和质量检查，定期盘点、账物相符。有药品验收管理制度与程序，保证各环节符合质量要求。	1.未建立药品贮存管理制度不得分。 2.未定期对库存药品进行养护和质量检查减 0.05 分。 3.未定期盘点减 0.05 分。 4.账物不相符减 0.05 分。 5.未建立药品验收管理制度不得分。 6.无药品验收管理程序减 0.1 分。

标准序号	评审要点	评分方法
109.4	药库管理由药学专业人员负责，科室或病区备用药品指定专人管理。执行药品有效期管理相关制度与处理流程，有控制措施和记录。	1.药库管理非药学专业人员减 0.05 分。 2.科室或病区备用药品未指定专人管理减 0.02 分。 3.无检查改进记录减 0.02 分。 4.未执行药品有效期管理相关制度减 0.02 分。 5.未执行处理流程减 0.02 分。 6.无控制措施减 0.02 分。 7.无记录减 0.02 分。
109.5	有药品质量管理组织，药品质量管理相关制度，职责明确。主管部门对药品采购供应及药品储备有检查与监管。	1.无药品质量管理组织减 0.02 分。 2.未建立药品质量管理相关制度不得分。 3.职责不明确减 0.02 分。 4.主管部门对药品采购供应及药品储备无检查与监管减 0.04 分。
109.6	制定医院处方管理制度，对执业医师处方权、医师开具处方、药师调剂处方有明确规定。	1.未建立医院处方管理制度不得分。 2.对执业医师处方权、医师开具处方无明确规定减 0.02 分。 3.药师调剂处方无明确规定减 0.02 分。
109.7	各相关科室有急救备用药品目录及数量清单，实行基数管理，专人负责；使用后及时补充，损坏或近效期药品及时报损或更换。各科室备用急救等药品统一储存位置、统一规范管理、统一清单格式，保障抢救时及时获取。存放于急诊科、病房（区）急救室（车）、手术室及各诊疗科室的急救备用药品有管理和使用制度。	1.各相关科室无急救备用药品目录及数量清单减 0.02 分。 2.未实行基数管理减 0.02 分。 3.无专人负责减 0.02 分。 4.急救药品使用后未及时补充减 0.02 分。 5.损坏药品未及时报损减 0.02 分。 6.近效期药品未及时更换减 0.02 分。 7.各科室备用急救等药品未做到“三统一”管理（统一储存位置、统一规范管理、统一清单格式）减 0.02 分。 8.未建立急救备用药品管理和使用制度不得分。
109.8	主管部门及药学部门每月对各科室急救等备用药品的管理与使用情况有检查与监管。持续改进有成效，医院急救备用药品管理规范。	1.主管部门及药学部门每月未对各科室急救等备用药品的管理与使用情况有检查与监管减 0.05 分。 2.未开展持续改进，医院急救备用药品管理不规范减 0.05 分。
109.9	肠外营养液和静脉用危害药物由药学部集中调配，调配条件符合当地卫生健康行政部门的准入要求。有静脉用药集中调配人员岗位培训制度和培训计划并执行。	1.肠外营养液和静脉用危害药物未由药学部集中调配减 1 分。 2.调配条件不符合当地卫生健康行政部门的准入要求减 0.05 分。 3.未建立静脉用药集中调配人员岗位培训制度不得分。 4.无培训计划减 0.05 分。 5.未按计划开展培训或培训记录不完整减 0.05 分。

标准序号	评审要点	评分方法
109.10	药学部参照《静脉用药集中调配质量管理规范》和《静脉用药集中调配操作规程》制定病房（区）分散调配一般静脉用药的管理制度，并执行。	1.未建立分散调配静脉用药的管理制度不得分。 2.未按照制度要求开展静脉用药配置工作减 0.05 分。
109.11	有肿瘤化学治疗等危害药物的使用指南或规范，对临床相关人员进行药物使用相关知识和技能培训，相关人员知晓。按照指南和规范使用肿瘤化学治疗药，对临床用药情况有评价检查与监管。	1.无肿瘤化学治疗等危害药物的使用指南或规范减 0.05 分。 2.未对临床相关人员进行药物使用相关知识和技能培训减 0.05 分。 3.抽问 1-3 名工作人员是否知晓相关内容。每 1 例知晓内容低于 50%减 0.1 分，知晓内容低于 75%减 0.05 分。 4.未按照指南和规范使用肿瘤化学治疗药减 0.05 分。 5.对临床用药情况无评价检查与监管，减 0.05 分。
109.12	有肠道外营养疗法及使用指南或规范，对临床相关人员进行药物使用相关知识和技能培训，相关人员知晓。	1.无肠道外营养疗法及使用指南或规范减 0.05 分。 2.未对临床相关人员进行药物使用相关知识和技能培训减 0.05 分。 3.抽问 1-3 名工作人员是否知晓相关内容。每 1 例知晓内容低于 50%减 0.1 分，知晓内容低于 75%减 0.05 分。
（一百一十）实施临床药师制，积极参与临床药物治疗，促进合理用药，拓展药学服务范围。加强临床药师队伍建设和培训，提高临床药学服务能力和水平（2 分）。 【标准概述】按《医疗机构药事管理规定》配备临床药师，开展以患者为中心、以合理用药为核心的临床药学工作。临床药师按其职责、任务和有关规定参与临床药物治疗。		
110.1	建立临床药师制，临床药师配备符合国家相关规定，为临床合理用药提供药学专业技术服务。	1.未建立临床药师制不得分。 2.临床药师配备不符合国家相关规定减 0.1 分。
110.2	开设药学门诊及开展药学查房，对重点患者实施药学监护和建立药历，工作记录完整。	1.未开设开展药学查房及药学门诊不得分。 2.未对重点患者实施药学监护和建立药历减 0.2 分。 3.工作记录不完整减 0.1 分。
110.3	临床药师参加病例讨论以及院内疑难重症会诊和危重患者的治疗，提出用药意见和个体化药物治疗建议，审核患者用药医嘱，对不合理用药进行干预。	1.未参加病例讨论，并提出用药意见和个体化药物治疗建议减 0.1 分。 2.未参加院内疑难重症会诊和危重患者的救治减 0.1 分。 3.未审核患者用药医嘱减 0.2 分。 4.未对不合理用药进行干预减 0.2 分。 5.干预记录不完整减 0.1 分。

标准序号	评审要点	评分方法
110.4	临床药师参与临床路径及单病种质量控制药学工作。结合临床药物治疗实践，为患者提供药学监护。	1.临床药师未参与临床路径及单病种质量控制药学工作减 0.2 分。 2.未向患者提供药学监护减 0.2 分。
110.5	临床科室及患者对临床药师所提供的临床药物治疗服务满意度不断提升。	1.未开展临床科室及患者对临床药师的满意度工作减 0.2 分。 2.满意度持续下降无改进措施减 0.2 分。
（一百一十一）按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强抗菌药物、麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、激素类药物、重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理（2 分）。 【标准概述】医疗机构应加强抗菌药物、麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、激素类药物、重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。		
111.1	主管部门针对临床科室抗菌药物合理用药工作落实情况有检查与监管。持续改进有成效，抗菌药物采购合法、使用规范合理，监管措施到位，无违规处方。	1.主管部门针对临床科室抗菌药物合理用药工作落实情况无检查与监管减 0.05 分。 2.抗菌药物采购不合法减 0.05 分。 3.使用规范不合理减 0.05 分。 4.存在违规处方减 0.05 分。
111.2	依法建立麻醉药品、精神药品、毒性药品、药品类易制毒化学品、放射性药品管理制度。	未建立麻醉药品、精神药品、毒性药品、药品类易制毒化学品、放射性药品管理制度不得分。
111.3	药库设置有“麻醉药品、第一类精神药品”专用库（柜），配有安全监控及自动报警设施；放射性药品按有关规定执行。在门诊、急诊、住院等药房设置麻醉药品、第一类精神药品周转库（柜），库存不得超过本机构规定的数量。周转库（柜）应当每天结算。	1.药库未设置“麻醉药品、第一类精神药品”专用库（柜），并配有安全监控及自动报警设施减 0.1 分。 2.放射性药品未按有关规定执行减 0.1 分。 3.在门诊、急诊、住院等药房未设置麻醉药品、第一类精神药品周转库（柜）减 0.1 分。 4.库存超过本机构规定的数量减 0.1 分。 5.周转库（柜）未每天结算减 0.1 分。
111.4	对“麻醉药品、第一类精神药品”实行批号管理；开具的药品可溯源到患者。	1.未对“麻醉药品、第一类精神药品”实行批号管理减 0.1 分。 2.开具的药品不可溯源到患者减 0.1 分。
111.5	建立重点监控合理用药药品管理制度，实行目录内药品临床应用全程管理。对纳入目录中的药品制订用药指南或技术规范。	1.未建立重点监控合理用药药品管理制度不得分。 2.未实行目录内药品临床应用全程管理减 0.05 分。 3.对纳入目录中的药品，未制订用药指南或技术规范减 0.05 分。

标准序号	评审要点	评分方法
111.6	有全身性麻醉药使用指南或规范，对临床相关人员进行药物管理及使用相关知识技能培训，相关人员知晓。	1.无全身性麻醉药使用指南或规范减0.05分。 2.未对临床相关人员进行药物管理及使用相关知识技能培训减0.05分。 3.抽问1-3名相关人员是否知晓相关内容，每1例知晓内容低于50%减0.05分，知晓内容低于75%减0.02分。
111.7	有激素类药物使用和肿瘤化学治疗等危害药物的使用指南或规范，对临床相关人员进行药物使用相关知识和技能培训，相关人员知晓。	1.无激素类药物使用和肿瘤化学治疗等危害药物的使用指南或规范减0.05分。 2.未对临床相关人员进行药物使用相关知识和技能培训减0.05分。 3.抽问1-3名相关人员是否知晓相关内容，每1例知晓内容低于50%减0.05分，知晓内容低于75%减0.02分。
111.8	按照指南和规范使用激素类药物和肿瘤化学治疗药，对临床用药情况有评价记录。主管部门对激素类药物和肿瘤化学治疗药物使用和管理有检查与监管。激素类药物和肿瘤化学治疗药物临床使用情况评价资料完整，使用规范。	1.未按照指南和规范，对临床使用激素类药物和肿瘤化学治疗药情况评价记录减0.05分。 2.主管部门对激素类药物和肿瘤化学治疗药使用和管理无检查与监管减0.05分。 3.持续改进无成效，激素类药物和肿瘤化学治疗药临床使用情况评价资料不完整或使用不规范减0.05分。
111.9	有终止妊娠药品、促排卵药品管理制度。药学部门与使用科室备用的终止妊娠药品、促排卵药品专区（或专柜）存放，有明晰的警示标识，且全院标识统一。药学部门对终止妊娠药品、促排卵药品处方进行专册登记，做到帐与购、销、存帐帐相符，帐物相符。	1.未建立终止妊娠药品、促排卵药品管理制度不得分。 2.药学部门与使用科室备用的终止妊娠药品、促排卵药品未专区（或专柜）存放，无明晰的警示标识，且非统一院标识减0.05分。 3.药学部门对终止妊娠药品、促排卵药品处方未专册登记与账物不符减0.05分。
111.10	对高警示管理药品使用的相关人员进行规范培训，并遵循管理要求。有高警示管理药品的应急预案。主管部门及药学部门定期对高警示管理药品的使用与管理有检查与监管，至少每月1次。有持续改进措施，高警示管理药品的管理与使用规范、措施落实到位，原始记录完整。	1.对相关人员未进行高警示管理药品使用管理的规范培训减0.02分。 2.无高警示管理药品的应急预案减0.02分。 3.主管部门及药学部门未定期对高警示管理药品的使用与管理有检查与监管（至少每月1次）减0.02分。 4.高警示管理药品管理不规范0.02分。 5.使用不规范减0.02分。 6.原始记录不完整减0.02分。

标准序号	评审要点	评分方法
111.11	有中药注射剂临床使用基本原则，加强用药监测，并按规定报告。有临床药师对中药注射剂临床使用的指导，确保用药安全。有中药注射剂相关不良事件的监测和报告制度和流程。	1.未制定中药注射剂临床使用基本原则减0.05分。 2.无临床药师对中药注射剂临床使用的指导减0.05分。 3.无中药注射剂相关不良事件的监测和报告制度不得分。 4.无报告流程减0.05分。
（一百一十二）依照《处方管理办法》等有关规定，规范开展处方审核和处方点评，并持续改进（2.5分）。 【标准概述】医疗机构应规范开展处方审核和处方点评，并持续改进。		
112.1	依据《处方管理办法》的相关规定，药师及以上资质人员承担处方或医嘱的审核工作，对不规范处方、用药不适宜处方进行有效干预，及时与医生沟通。	1.承担处方或医嘱的审核工作的人员资质不符减0.2分。 2.对不规范处方、用药不适宜处方未进行有效干预和沟通减0.2分。
112.2	药师应当对处方各项内容进行逐一审核。有相关信息系统辅助药师开展处方审核，提供必要的信息，如电子处方，以及医学相关检查、检验学资料、现病史、既往史、用药史、过敏史等电子病历信息。	1.药师未对处方各项内容进行逐一审核减0.2分。 2.无相关信息系统辅助药师开展处方审核减0.2分。
112.3	主管部门对处方审核、不合理处方干预管理情况有检查与监管。定期对处方审核质量开展监测与评价，包括对信息系统审核的处方进行抽查，发现问题及时改进。	1.主管部门对处方审核、不合理处方干预管理情况无检查与监管减0.2分。 2.未定期对处方审核质量开展监测与评价减0.05分。 3.未定期分析总结减0.05分。
112.4	制定医院处方点评制度及实施细则，处方点评组织健全，责任明确，对不合理用药进行干预。每月定期对门、急诊处方和出院病历进行点评。	1.未建立处方点评制度不得分。 2.无实施细则减0.2分。 3.处方点评组织不健全，责任不明确减0.05分。 4.未对不合理用药进行干预减0.05分。
112.5	有特定药物或特定疾病的药物使用情况专项点评，每年至少开展4项。有重点监控药物处方审核和处方点评制度，有处方点评结果公示、反馈及运用，对用药不合理问题突出的品种，有积极有效措施整改。	1.无特定药物或特定疾病的药物使用情况专项点评减0.05分。 2.每年开展专项点评不足4项减0.05分。 3.未建立重点监控药物处方审核和处方点评制度不得分。 4.点评结果未公示减0.05分。 5.无反馈及运用，对用药不合理问题突出的品种未整改减0.05分。
112.6	有超说明书用药管理的规定与程序。	无超说明书用药管理的规定与程序减0.05分。
112.7	主管部门定期发布处方评价指标与评价结果，通报超常预警情况；点评结果纳入医院质量考核评价。	1.主管部门未定期发布处方评价指标与评价结果，通报超常预警情况减0.05分。 2.点评结果未纳入医院质量考核评价减0.05分。

标准序号	评审要点	评分方法
112.8	处方开具规范，临床用药规范合理，有运用信息化手段进行处方点评和数据分析。	1.处方开具不规范减 0.05 分。 2.未运用信息化手段进行处方点评和数据分析减 0.05 分。
（一百一十三）建立药物监测和警戒制度，观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物不良反应并反馈临床，不良反应情况应记入病历（2.2 分）。 【标准概述】建立药物安全性监测和警戒管理制度，观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物不良反应并反馈临床，不良反应情况应记入病历。		
113.1	有药物安全性监测和警戒制度。	未建立相关制度不得分。
113.2	有药物不良反应报告制度和处置流程。	1.未建立药物不良反应报告制度不得分。 2.无药物不良反应处置流程减 0.1 分。
113.3	不良反应情况应记入病历。并定期总结、分析、反馈，有记录。	抽查 2-3 个部门与科室: 1.不良反应情况未记入病历减 0.2 分。 2.未定期总结、分析、反馈并记录减 0.2 分。
113.4	有药物严重不良反应应急预案及医疗救治药品目录。组织结构和人员职责具体明确，对突发事件善后工作及应急能力有明确规定。	1.无药物严重不良反应应急预案减 0.2 分。 2.无药物严重不良反应医疗救治药品目录减 0.1 分。 3.组织结构和人员职责未明确，对突发事件善后工作及应急能力无明确规定减 0.1 分。
113.5	有药物不良反应应急预案培训，相关人员熟练掌握。	1.无应急预案培训减 0.2 分。 2.培训记录不完整减 0.2 分。 3.抽问 1-3 名相关人员，不清楚应急预案每一人次减 0.04 分。

八、检查检验质量保障与持续改进

标准序号	评审要点	评分方法
(一百一十四)临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准，服务满足临床需要。临床检验和医学影像提供 24 小时急诊诊断服务（3 分）。 【标准概述】按照《医疗机构临床实验室管理办法》《病理科建设与管理指南（试行）》和《放射诊疗管理规定》的要求，临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准，服务满足临床需要。临床检验和医学影像提供 24 小时急诊诊断服务。		
114.1	临床检验部门设置、布局、设备设施、生物安全符合《医疗机构临床实验室管理办法》，服务项目满足临床。	
114.1.1	临床检验部门设置、布局、设备设施、生物安全符合《医疗机构临床实验室管理办法》要求。	不符合要求减 0.1 分。
114.1.2	对委托其他机构所开展的检验项目，应签署委托服务协议，并有质量保证条款。	1.无委托服务协议减 0.2 分。 2.无委托方质量保证减 0.1 分。
114.1.3	至少每半年一次向临床征求对项目设置合理性意见，持续改进，确保检验项目满足临床需求。	1.无相关证据减 0.1 分。 2.无持续性质量改进证据减 0.1 分。

标准序号	评审要点	评分方法
114.2	病理科设置、布局、设备设施符合《病理科建设与管理指南（试行）》的要求，服务项目满足临床诊疗需要。	
114.2.1	病理科设置、布局、设备设施符合《病理科建设与管理指南（试行）》的要求。	不符合要求减 0.1 分。
114.2.2	服务项目满足临床工作需求，至少开展石蜡切片、特殊染色、免疫组织化学染色、术中快速冰冻切片、细胞学诊断。	1.服务设置不符合减 0.1 分。 2.少一项项目减 0.1 分。
114.2.3	根据医院的资源情况，部分病理学诊断服务项目可与有资质的医疗机构签订外包服务协议，有明确的外包服务形式与质量保障条款。	1.无委托服务协议减 0.2 分。 2.无委托方质量保证证明减 0.1 分。
114.3	医学影像（普通放射、CT、MRI、超声、核素成像等）部门设置、布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》，服务项目满足临床诊疗需要。	
114.3.1	医学影像（普通放射、CT、MRI、超声、核素成像等）部门设置、布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》的要求。	不符合要求减 0.1 分。
114.3.2	有明确的服务项目、时限规定并公示，普通项目当日完成检查并出具报告，能遵循执行。	不符合要求减 0.1 分。
114.3.3	科室人员熟悉紧急意外抢救流程，相关人员经过培训。	1.无紧急意外抢救流程减 0.5 分。 2.无培训记录减 0.1 分。 3.无考核记录减 0.1 分。 4.抽查 1-3 名科室人员，一名相关人员不熟练减 0.05 分。
114.3.4	科室指定专人负责应急管理，有演练，急救药品器材具有可及性和质量保证。	1.无专人负责减 0.1 分。 2.无演练记录减 0.1 分。 3.演练记录不完善减 0.05 分。 4.急救药品器材未具有可及性或质量未得到保证减 0.1 分。
114.4	临床检验和医学影像能提供 24 小时急诊检验服务。	
114.4.1	明确急诊检验报告时间，临检项目≤30 分钟出报告，生化、免疫项目≤2 小时出报告。	检验结果回报时间（TAT）未达到要求减 0.1 分。
114.4.2	X线摄影、超声检查、CT 提供 24 小时×7 天的急诊（包括床边急诊）检查服务。	其中一项不能提供 24 小时×7 天的急诊检查减 0.1 分。
(一百一十五)从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员资质应该按照有关规定取得相应专业技术职务任职资格（2 分）。 【标准概述】按照国家相应法律法规的要求，从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员资质应该按照有关规定取得相应专业技术职称任职资格。		
115.1	医疗机构临床检验、病理和医学影像专业技术人员应当具有相应的专业学历，并取得相应专业技术职称任职资格。	不符合要求减 0.5 分。

<table>
<tr><th>标准序号</th><th>评审要点</th><th>评分方法</th></tr>
<tr><td>115.2</td><td>出具病理诊断报告的医师应当具有临床执业医师资格并具备初级以上病理学专业技术职称任职资格。</td><td>不符合要求减 0.5 分。</td></tr>
<tr><td>115.3</td><td>快速病理诊断医师应当具有中级以上病理学专业技术任职资格，并有 5 年以上病理阅片诊断经历。</td><td>不符合要求减 0.3 分。</td></tr>
<tr><td>115.4</td><td>细胞学涂片、冰冻切片、石蜡切片、免疫组化、电镜切片及各种分子检测均由具备病理专业资质的技术人员制作的，有质量要求与完成时限。</td><td>1.无相应资质减 0.3 分。
2.无质量要求与无完成时限要求减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">(一百一十六)有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录（2 分）。
【标准概述】根据国家相关法律法规，医院需制定临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。</td></tr>
<tr><td>116.1</td><td colspan="2">有符合相关法律法规和规范的临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度。</td></tr>
<tr><td>116.1.1</td><td>临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所布局合理，符合生物安全的要求，污染区、半污染区和清洁区划分明确，有缓冲区，有严格的消毒及核查制度。</td><td>1.未建立相关制度不得分。
2.布局不合理减 0.1 分。</td></tr>
<tr><td>116.1.2</td><td>有独立的淋浴间和淋浴设备。</td><td>不符合要求减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>116.1.3</td><td>必要区域有紫外线灯等消毒设备。</td><td>不符合要求减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>116.1.4</td><td>用房面积满足工作需要，环境达到安全防护标准。</td><td>1.用房面积不符合要求减 0.1 分。
2.环境不符合要求减 0.1 分。</td></tr>
<tr><td>116.2</td><td colspan="2">有符合相关法律法规和规范的临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所的标准操作流程和技术操作规范。</td></tr>
<tr><td>116.2.1</td><td>开展标准操作流程和技术操作规范的培训，相关人员知晓本岗位的履职要求。</td><td>1.无培训记录减 0.2 分。
2.无考核记录减 0.1 分。
3.抽问 1-3 名员工是否知晓相关内容。每 1 例知晓内容低于 50%减 0.2 分，知晓内容低于 75%减 0.1 分。</td></tr>
<tr><td>116.2.2</td><td>不同实验室应组织有针对性的上岗、轮岗、定期培训及考核，对通过考核的人员予以适当授权。</td><td>1.无定期培训减 0.2 分。
2.无考核记录减 0.1 分。
3.无授权资料减 0.1 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">(一百一十七)临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。建立临床沟通机制，提供便捷、及时的检查检验信息服务（3 分）。
【标准概述】根据《医疗机构临床实验室管理办法》《病理科建设与管理指南（试行）》《放射诊疗管理规定》和相关法律法规，临床检验、病理和医学影像报告需及时、准确、规范，并严格执行审核制度。医院需建立临床沟通机制，提供便捷、及时的检查检验信息服务。</td></tr>
<tr><td>117.1</td><td colspan="2">检验报告及时、准确、规范，严格审核制度。</td></tr>
<tr><td>117.1.1</td><td>有检验报告双签字管理制度（包括日常、急诊和特殊时段管理）、复检制度和审核制度。</td><td>1.未建立相关制度不得分。
2.检验报告未双签字减 0.1 分。</td></tr>
</table>

标准序号	评审要点	评分方法
117.1.2	对于识别出的分析前不合格标本,应保留相关记录。	无不合格标本记录减 0.1 分。
117.1.3	制定复检制度并保留相关的复检记录。	1.未建立复检制度不得分。 2.无程序减 0.1 分。 3.无复检相关记录减 0.1 分。
117.1.4	临检常规项目≤30 分钟出报告；生化、免疫常规项目≤1 个工作日出报告；微生物常规项目≤4 个工作日。	未达时间要求减 0.1 分。
117.2	病理报告准确、规范，有复查制度、科内会诊制度。	
117.2.1	对病理诊断报告内容与格式有明确规定。	无明确规定减 0.1 分。
117.2.2	有科内疑难病例会诊制度（2 名以上高级职称人员参与），并有相应的记录和签字。	1.未建立制度不得分。 2.无相关记录 0.1 分。 3.记录不完善减 0.05 分。
117.2.3	疑难病例诊断报告应由上级医师复核,并签署全名。	1.无复核减 0.1 分。 2.未签署全名减 0.1 分。
117.2.4	补充或更改的病理报告应遵循病理报告补充或更改的制度与审核批准流程,并需在病理档案中有完整记录。	1.未建立相关制度不得分。 2.无流程减 0.5 分。 3.无记录减 0.1 分。 4.记录不完善减 0.05 分。
117.3	医学影像诊断报告及时、规范，有诊断报告书写规范、审核制度与流程。	
117.3.1	有诊断报告书写规范、审核制度与流程。	缺一项减 0.5 分。
117.3.2	有影像报告时限要求,每份报告书有精确的报告时间，普通报告精确到“时”，急诊报告精确到“分”。	1.无时限要求减 0.1 分。 2.报告时间未按要求书写减 0.1 分。
117.3.3	诊断报告按照流程经过审核，有审核医师签名。	无审核医师签名减 0.1 分。
117.4	检验/病理科、医学影像科与临床科室建立有效的沟通机制，提供检查检验信息服务以及为服务对象提供自助取报告单系统。	
117.4.1	检验/病理科、医学影像科与临床科室建立有效的沟通机制，通过多种形式和途径（如电话或网络等），及时接受临床咨询与解答临床对结果的疑问。	1.未建立沟通机制减 0.1 分。 2.无相关记录减 0.05 分。 3.无相关资料证实减 0.1 分。
117.4.2	提供自助取报告单系统。	未提供相关系统减 0.1 分。
117.4.3	医院可通过网络、手机 App 等形式提供检查检验信息服务。	未提供相关信息服务设备设施减 0.1 分。

(一百一十八)落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。相关检查检验设备(含床旁检查检验设备)按照要求定期检测（3 分）。

【标准概述】临床检验、病理和医学影像落实全面质量管理与改进制度，相关检查检验设备(含床旁检查检验设备)按照要求定期检测。临床检验和病理开展室内质量控制和室间质量评价。

118.1	临床检验落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。	
118.1.1	有完整的标本采集运输指南，交接规范，TAT 控制等相关制度。	

标准序号	评审要点	评分方法
118.1.1.1	制订标本采集运输流程。实验室有明确的标本接收、拒收标准与流程，保留标本接收和拒收的记录。	1.无标本采集运输流程减 0.1 分。 2.无标本接收、拒收标准与流程减 0.5 分。 3.无标本接收和拒收的记录减 0.05 分。 4.记录不完善减 0.05 分。
118.1.1.2	对标本能全程跟踪，TAT 明确可查溯源。	无流程保证标本运输全程可追溯减 0.05 分。
118.1.1.3	标本处理和保存专人负责，标本废弃有记录，储存标本冰箱有温度 24 小时监控。	1.标本处理和保存无专人负责减 0.2 分。 2.无标本废弃记录减 0.2 分。 3.储存标本冰箱无温度 24 小时监控减 0.05 分。
118.1.2	常规开展室内质控。	
118.1.2.1	制定实验室室内质控规则。	1.无相关规则减 0.1 分。 2.无质控记录减 0.05 分。
118.1.2.2	室内质控覆盖实验室全部检测项目及不同标本类型。室内质控重点项目包括临床化学、免疫学、血液学和凝血试验的质量控制流程;血涂片评价和分类计数的质量控制流程;细菌、分枝杆菌和真菌检测的质量控制流程;尿液分析和临床显微镜检查的质量控制流程;采用质量控制鉴别病毒鉴定试验中的错误检验结果;病毒鉴定的实验室须保留相关记录;对未知标本进行血清学检测时,须同时进行已知滴度的血清阳性质控和阴性质控。	1.无室内质控减 0.5 分。 2.室内质控未覆盖所有检测项目及标本类型减 0.05 分。 3.无室内质控重点项目相关流程减 0.5 分。 4.室内质控重点项目相关流程不完整减 0.5 分。 5.无病毒鉴定记录减 0.05 分。 6.无血清学检测阳性和阴性质控减 0.05 分。
118.1.2.3	保证每检测批次至少有 1 次室内质控结果。室内质控报告有负责人签字。	1.无质控记录减 0.05 分。 2.无室内质控报告减 0.05 分。 3.无签名减 0.05 分。
118.1.2.4	定期评估室内质控各项参数及失控率。有效处理失控，应详细分析失控原因，处理方法及评估临床影响，提出预防措施。	1.无失控评估记录减 0.05 分。 2.无失控处理和原因分析减 0.05 分。 3.无预防措施减 0.05 分。 4.措施未落实执行减 0.05 分。
118.1.3	保证检测系统的完整性和有效性。	
118.1.3.1	制定并严格执行临床检验项目标准操作规程和检验仪器的标准操作、维护规程。	无相关操作、维护规程减 0.5 分。
118.1.3.2	对需要校准的检验仪器、检验项目和对临床检验结果有影响的辅助设备定期进行校准。	无校准记录减 0.05 分。
118.1.3.3	有专人负责仪器设备保养、维护与管理。	无仪器管理员减 0.05 分。
118.1.4	所有即时检验（POCT）项目均应开展室内质控，并参加室间质评。	

标准序号	评审要点	评分方法
118.1.4.1	有规定对所有 POCT 项目开展室内质控，并参加室间质评。	1.POCT 项目未开展室内质控减 0.1 分。 2.未参加室间质评减 0.05 分。
118.1.4.2	定期对 POCT 结果进行比对，包括大型仪器检测结果与各 POCT 点之间的比对，并明确比对的允许偏倚。	无比对记录减 0.05 分。
118.1.4.3	对超出允许范围的应及时进行校准和纠正，有工作记录。	无校准记录减 0.05 分。
118.2	病理检查落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。	
118.2.1	病理检查申请单必须完整填写患者相关的资料，字迹清晰、内容完整。	
118.2.1.1	有病理申请书书写的相关规定要求，包括患者姓名、性别、年龄、住院号、送检科室和日期；患者临床病史和其他（检验、影像）检查结果、手术所见及临床诊断；取材部位、标本件数；既往曾做过病理检查者，需注明病理号和病理诊断结果；结核、肝炎、HIV 等传染性标本，需注明。	1.无相关的规定减 0.5 分。 2.申请单填写不符合要求，一份减 0.05 分。
118.2.1.2	信息系统支持病理科医师方便调取申请病理检查患者的相关病历资料。	信息系统不能支持减 0.05 分。
118.2.2	有制度保证从病理标本采集到标本运送到病理科不出现差错，除特别要求外，标本需用 10%中性甲醛缓冲液固定。	
118.2.2.1	有标本采集、送达、固定时间记录（时间精确到分钟）及标本交接的相关规定与程序。	1.无相关规定与程序减 0.5 分。 2.未按相关规定与程序执行减 0.05 分。
118.2.2.2	有标本和申请单交接等相关制度。标本和申请单的核对人、标本的标记、标本传送人和病理科标本接收人应有登记和相关人员的签字。	1.未建立相关制度不得分。 2.无记录和签名减 0.05 分。 3.记录不完善减 0.05 分。
118.2.2.3	不能接收的申请单和标本需当即退回申请医师，不予存放，并记录。	无记录减 0.05 分。
118.2.3	病理标本检查和取材规范、有质控措施和记录。	
118.2.3.1	有病理医师承担标本的检查和取材的相关制度与流程。	1.未建立相关制度不得分。 2.无流程减 0.5 分。
118.2.3.2	核对申请单的编号与标本的编号、标本的份数是否相符，申请单与标本应有双标识和双核对。	未进行双标识和双核对减 0.5 分。
118.2.3.3	取材后剩余的标本在标本柜中妥善保存至病理报告发出后的 2 周。	现场检查不符合减 0.05 分。
118.2.4	有制度保证术中快速病理（含快速石蜡）诊断的规范、准确。	
118.2.4.1	有病理诊断报告在 30 分钟内完成的规定与程序。	1.无相关规定与程序减 0.05 分。 2.不能保证 90%的标本在时限内完成减 0.05 分。

标准序号	评审要点	评分方法
118.2.4.2	术中快速病理诊断报告必须采用书面形式(可传真或网络传输)，为防止误听和误传，严禁采用口头或电话报告的方式。	实际未执行减0.05分。
118.2.4.3	从标本接收到发出报告的时间,应在病理申请单上注明。术中快速病理诊断报告书应由病理医师签署全名。	1.无接收和报告时间减0.05分。 2.无病理医师签名减0.05分。
118.2.5	有制度保证免疫组织化学染色操作的规范和准确。	
118.2.5.1	建立本实验室每种免疫组化染色的操作规程,并及时更新。	无操作规程减0.5分。
118.2.5.2	更换抗体后,需要用阳性和阴性组织进行有效性验证，并有相应的文字记录和染色切片档案，相关档案保留2年。	1.无记录和染色切片档案减0.05分。 2.档案保存时间不符合要求减0.05分。
118.2.6	病理科应有仪器、试剂的质控管理制度和完善的记录。	
118.2.6.1	有仪器、试剂的质控管理制度。	未建立制度不得分。
118.2.6.2	有冰箱运行温度记录。	1.无有相关记录减0.1分。 2.记录不完善减0.05分。
118.3	医学影像落实全面质量管理与改进制度，定期进行诊断报告和图像质量评价。	
118.3.1	采取多种形式，开展图像质量评价活动。	未开展评价活动减0.1分。
118.3.2	有图像质量评价小组，定期对图像质量进行评价。	无定期评价记录减0.05分。
118.3.3	科室每月对诊断报告质量检查,对存在的问题有改进措施。	1.未检查减0.1分。 2.无改进措施减0.05分。 3.措施未落实减0.05分。
(一百一十九)按照有关规定建立临床检验、病理和医学影像环境保护及人员职业安全防护制度，遵照实施并准确记录(3分)。 【标准概述】根据《中华人民共和国职业病防治法》《医院感染管理办法》等有关法律法规和部门规章，建立临床检验、病理和医学影像环境保护及人员职业安全防护制度，保护患者与医务人员的健康及其相关权益。		
119.1	建立临床检验环境保护及人员职业安全防护制度，遵照实施并准确记录。	
119.1.1	各实验室设置安全员，负责各个工作场所的安全。	实验室未设置安全员减0.1分。
119.1.2	合理设计工作流程以避免交叉污染。	工作流程不合理减0.05分。
119.2	根据实验等级、工作人员的不同工作性质，按照行业规范进行充分的个人防护。	
119.2.1	配备洗眼器、冲淋装置及其他急救设施及耗材,实验室出口处设有专用手部消毒设备,并保证以上设施可正常工作。	1.未配备相关装置、急救设施及耗材减0.05分。 2.无消毒设备减0.05分。 3.未定期检查减0.05分。
119.2.2	设立适当的警示标识,对生物安全、防火防爆安全、化学安全等做出充分警示。	1.无安全警示减0.05分。 2.警示标识有缺失减0.05分。

标准序号	评审要点	评分方法
119.2.3	如开展放射免疫分析和其他使用放射性同位素的检测，有保证使用放射性同位素时患者和工作人员的安全保障措施。	无安全保障措施减 0.05 分。
119.2.4	实验室安全防护到位，有实验室工作人员健康档案管理，对相关人员进行培训。	1.无培训计划减 0.05 分。 2.无健康档案管理减 0.05 分。 3.无培训记录减 0.05 分。
119.3	实验室制定针对不同情况的消毒措施，并保留各种消毒记录。定期监控各种消毒用品的有效性。	
119.3.1	制订针对不同情况的消毒措施，定期对消毒用品的有效性进行监测。	1.无针对不同情况的消毒措施减 0.05 分。 2.现场检查未实施减 0.05 分。 3.实施有存在缺陷和不足减 0.05 分。
119.3.2	有标本溢洒处理流程。	1.无处理流程减 0.5 分。 2.有关人员未按流程处理减 0.05 分。
119.3.3	相关人员掌握消毒办法与消毒用品的使用。保留各种消毒记录，记录完整。	1.现场抽查，未掌握减 0.05 分。 2.有缺陷和不足减 0.05 分。 3.无消毒记录减 0.05 分。 4.记录有缺陷减 0.05 分。
119.4	实验室废弃物、废水的处置符合要求。	
119.4.1	依据相关法律法规要求制定实验室废弃物、废水的处理流程并落实。	1.无处理流程减 0.5 分。 2.有关人员未按流程处理减 0.05 分。
119.4.2	实验室废弃物、废水处理登记资料完整，处理规范，无污染事件发生。	1.无登记资料减 0.1 分。 2.资料不完善减 0.05 分。 3.有缺陷和不足减 0.05 分。
119.5	建立微生物菌种、毒株的管理规定，并安排专人进行监督。	
119.5.1	微生物实验室有专人负责菌（毒）种管理。	无专人管理减 0.1 分。
119.5.2	样品收集、取用有相应的过程记录。	1.无记录减 0.1 分。 2.记录有缺陷减 0.05 分。
119.6	病理科有环境保护及人员职业安全防护制度，遵照实施并准确记录。	
119.6.1	有定期对取材室、切片室等进行甲醛、二甲苯浓度的检测报告，保证有害气体浓度在规定许可的范围，每年至少有一次院外年度检测报告。	1.未定期检测减 0.2 分。 2.无相应检测报告减 0.1 分。
119.6.2	病理科接触有害品的工作人员定期体检。	无定期体检报告减 0.2 分。
119.7	建立医学影像科环境保护及人员职业安全防护制度，遵照实施并准确记录。	
119.7.1	有放射安全事件应急预案，每年进行一次综合演练，有记录。	1.无预案减 0.5 分。 2.未演练减 0.1 分。 3.无记录减 0.1 分。 4.记录不完善减 0.05 分。
119.7.2	在影像检查室门口设置电离辐射警告标志。	无相关安全标志减 0.05 分。

标准序号	评审要点	评分方法
119.7.3	有完整的放射防护器材与个人防护用品。 影像检查前医务人员告知患方辐射对健康的影响，对受检者敏感器官和组织进行屏蔽防护。	1.相关防护器材与用品未齐备减 0.1 分。 2.未对受检者敏感器官和组织进行屏蔽防护减 0.1 分。
119.7.4	相关人员按照规定佩戴个人放射剂量计。相关人员按照规定每年进行健康检查，有完整的放射人员放射防护档案与健康档案。	1.未佩戴个人放射剂量计减 0.1 分。 2.未健康检查减 0.05 分。 3.未建立防护与健康档案减 0.1 分。

九、输血管理与持续改进

标准序号	评审要点	评分方法
(一百二十)落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定，医院应当具备为临床提供 24 小时输血服务的能力，满足临床工作需要（2 分）。 【标准概述】根据《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等法律法规有关规定，医院应当具备为临床提供 24 小时输血服务的能力，满足临床工作需要。		
120.1	相关科室执行输血管理制度的要求，实际工作与制度要求符合率 100%。	现场检查不符合减 0.5 分。
120.2	设置独立建制输血科或血库，与临床科室诊疗需求相符合。	不符合要求减 0.2 分。
120.3	输血科的房屋设置与布局应符合卫生学要求，污染区与非污染区分开，设置血液入库前的血液处置室、血液标本处理室、储血室、发血室、输血相容性检测实验室，值班室和资料保存室等，液保存环境条件符合规定。	1.输血科房屋设置分区不合理减 0.5 分。 2.血液保存环境条件不符合规定减 0.2 分。
120.4	有血液库存量的管理要求。	无血液库存量管理措施减 0.5 分。
(一百二十一)加强临床用血过程管理，严格掌握输血适应证和输血技术操作规范，促进临床安全、有效、科学用血（2 分）。 【标准概述】严格临床用血过程管理是安全、有效、科学用血的保证，医院需制定相应规范，督促医务人员严格掌握输血适应证和输血技术操作规范的相关规定。		
121.1	医务人员严格遵守输血技术操作规范。	未遵守相关规范减 0.5 分。
121.2	有输血前医患双方共同签署的输血治疗知情同意书，输血治疗知情同意书保存在病历中。	无输血治疗知情同意书减 0.5 分。
121.3	有临床用血前评估和用血后效果评价管理制度，内容应包括根据患者病情和实验室检测结果，进行输血指征综合评估的指标。	未建立相关制度不得分。
(一百二十二)建立与麻醉科和手术科室有效沟通，积极开展自体输血，严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血（2 分）。 【标准概述】自体输血是一种较为安全的输血方法，通过采集患者自身的血液或血液成分，经过储存或一定的处理，在术中或术后需要时回输给患者。医院应建立输血科与麻醉科和手术科室有效沟通，积极开展自体输血，严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。		
122.1	建立手术自身输血的相关制度与技术规范。	1.未建立相关制度不得分。 2.无自身输血技术规范减 0.5 分。

标准序号	评审要点	评分方法
122.2	有输血科与麻醉科沟通的流程，保证输血合理、安全。	无流程减 0.5 分。
122.3	有开展血液保护相关技术的人员和设备条件，并能开展自体输血工作。	无相关技术的人员和设备条件减 0.5 分。
(一百二十三)开展血液质量管理监控，制订、实施控制输血严重危害(输血传染疾病、严重不良反应)的方案。落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求，确保输血安全（2 分）。 【标准概述】医院应开展血液质量管理监控，落实对血液存储环境、输血器械、输血耗材等的质量监控及管理，还应制定输血传染疾病及严重不良反应等应急方案以及输血相容性检测的管理制度。临床科室能按照制度和流程要求进行落实，并对存在问题进行及时整改。职能部门应按照制度和流程落实监督检查。		
123.1	制定血液贮存质量监测与信息反馈的制度。	
123.1.1	储血冰箱有不间断温度监测与记录。血液保存温度和保存期符合要求。	1.未做到不间断温度监测减 0.1 分。 2.无记录减 0.1 分。 3.记录有缺陷减 0.05 分。 4.血液保存温度和保存期不符合减 0.1 分。
123.1.2	不同血型的全血、成分血分型分层存放或在不同冰箱存放，标识明显。	1.血液制品存放不合理减 0.1 分。 2.标识不明显减 0.1 分。
123.2	医院有对输血全过程进行质量管理监控及效果评价的制度与流程。	
123.2.1	制定输血全过程质量管理监控的管理制度和管理流程。	1.未建立相关制度不得分。 2.无相关管理流程减 0.5 分。
123.2.2	输血治疗病程记录完整详细，病程记录至少包括输血原因，不同输血方式的选择，输注成分、血型和数量，输注起止时间，输血过程观察情况，有无输血不良反应、输注效果评价等内容。	记录不完整，一项减 0.4 分。
123.3	医院有控制输血严重危害的方案与实施情况记录。	
123.3.1	有控制输血严重危害的方案。	无方案减 0.3 分。
123.3.2	输血不良反应的发生、处理时间以及具体处理措施应精确到分钟记录在病历中。	1.未记录减 0.1 分。 2.记录不完善减 0.1 分。
123.3.3	有输血科或血库对输血全过程管理的监控指标（包括：储血、发血、输血中、输血后、输血室内质控和室间质评等）和监测分析评价结果。	1.无监控指标减 0.1 分。 2.监测无评价结果减 0.1 分。 3.相关资料有缺陷减 0.1 分。
123.4	落实输血相容性检测的管理制度，做好相容性检测实验质量管理，确保输血安全。	
123.4.1	有输血相容性检测实验室的管理制度，能提供输血前检验项目包括：血型 ABO 反正定型、Rh(D)、交叉配血、输血感染性疾病免疫标志物及不规则抗体等项目。	1.未建立制度不得分。 2.不能提供相关检验项目减 0.2 分。
123.4.2	能够提供需要输血的患者、手术患者、待产孕妇和有创诊疗操作应进行输血相容性检测检查。	不能提供相关检测检查减 0.1 分。

十、医院感染管理与持续改进

标准序号	评审要点	评分方法
(一百二十四)按照《医院感染管理办法》，建立医院感染管理组织，建立院感多部门协调机制。完善医院感染管理与控制制度，有医院感染事件应急预案并组织实施，开展医院感染预防控制知识与技能的全员培训和教育（4.5分）。 【标准概述】按照《医院感染管理办法》，建立医院感染三级管理组织；建立感控多部门协调合作机制；完善医院感染管理预防与控制制度并贯彻于所有诊疗、护理过程中；有医院感染事件应急预案并组织演练和实施，开展医院感染预防控制知识与技能的全员培训和教育。		
124.1	建立医院感染管理三级组织架构、一把手负责和每月研究工作机制以及感控多部门协作机制，医院感染管理相关部门感控职责明确并落实到位。	1.感控三级组织架构不健全减0.2分。 2.感控未执行一把手负责制和无每月研究机制减0.5分。 3.未有效建立感控多部门协作机制减0.2分。 4.相关部门职责未落实到位减0.3分。
124.2	按照国家相关要求和临床感控需求配置感控专职人员，建立医院感控督查员队伍并有效开展工作，医院感染控制开展符合国家要求，并与医院功能和任务及临床工作相匹配。	1.感控专、兼职人员配置不符合要求不得分。 2.感控督查员工作未有效开展减0.5分。 3.无定期感控工作计划减0.2分。 4.感控工作开展不符合国家要求或未与医院实际结合减0.5分。
124.3	按照《病区医院感染管理规范》设置科室医院感染管理小组，制定符合本专业特点的感控制度与流程，全体员工熟知本部门、本岗位有关医院感染管理相关制度及要求。	1.未按要求设置科室感染管理小组减0.1分。 2.未建立符合本专业特点的感控制度不得分。 3.无相关流程减0.1分。 4.抽问1-3名医务人员是否知晓相关内容。每1例知晓内容低于50%减0.2分，知晓内容低于75%减0.1分。
124.4	根据相关法律法规、标准规范，并结合医院实际情况，不断修订和完善医院感染预防与控制制度。	1.未建立相关制度不得分。 2.未定期修订和完善制度减0.2分。 3.感控专、兼职人员对制度不熟知减0.2分。
124.5	有院、科两级对医院感染管理制度落实情况的监督检查，有感控考核制度并落实，定期召开专题会议，对医院感染管理现状进行分析，对存在问题有反馈及改进。	1.无院、科两级监管记录减0.2分。 2.未建立感控考核制度不得分。 3.制度未落实减0.2分。 4.未定期召开专题会议减0.2分。 5.无感控持续改进记录减0.3分。
124.6	制定医院感染事件应急预案并组织演练和实施。	1.未按要求制定医院感染暴发应急预案减0.1分。 2.未定期开展医院感染暴发应急演练减0.2分。

<table>
<tr><th>标准序号</th><th>评审要点</th><th>评分方法</th></tr>
<tr><td>124.7</td><td>按照国家要求制定医院感染防控知识与技能的培训计划，实施全员培训和教育。</td><td>1.未按要求制定培训计划减 0.1 分。
2.未按计划实施培训和教育减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">(一百二十五)按照《医院感染监测规范》，加强重点部门、重点环节、重点人群与高危险因素监测，控制并降低医院感染风险（3分）。
【标准概述】按照《医院感染监测规范》要求，加强医院感染重点部门（包括但不限于手术室、ICU、产房、新生儿病房、骨髓/器官移植病房、血液透析室、内镜室、导管室、感染疾病科、急诊科、口腔科、检验科、消毒供应中心等）、重点环节（包括但不限于各种插管、注射、手术、血液净化、呼吸机治疗、内镜诊疗操作等）、重点人群（包括但不限于接受侵袭性操作患者、老年人、婴幼儿、免疫力低下患者、手术后患者、ICU 患者、特殊/慢性感染患者等）与高危因素（包括但不限于中心静脉插管、泌尿道插管、使用呼吸机、气管插管/切开、使用肾皮质激素/免疫抑制剂、放/化疗等）的目标性监测，采取有效措施控制并降低医院感染风险。</td></tr>
<tr><td>125.1</td><td>有对医院感染重点部门、重点环节、重点人群与高危因素的目标性监测,包括但不限于呼吸机相关性肺炎、血管导管相关血流感染、导尿管相关尿路感染、手术部位感染的监测,有相应的监测计划和预防与控制感染的措施，并落实。</td><td>1.未制定各项具体监测计划和防控措施，一项减 0.2 分。
2.目标性监测和防控措施落实不到位，一项减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>125.2</td><td>监测有定期（至少每季度）总结、分析与反馈，能体现持续质量改进。</td><td>1.未按要求进行总结、分析与反馈减 0.5 分。
2.不能体现质量的持续改进减 0.5 分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">(一百二十六)医院感染管理组织要监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程；定期通报医院感染监测结果并加强横向比较（3分）。
【标准概述】医院感染管理组织要通过开展全院综合性监测和目标性监测来发现医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势。定期开展院、科两级风险评估，针对评估结果制定有效防控措施，并持续改进诊疗流程。采取多种方式定期通报医院感染监测结果，并进行横向比较。</td></tr>
<tr><td>126.1</td><td>按照《医院感染监测规范》开展各项监测并有相关监测计划。</td><td>无监测计划减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>126.2</td><td>规范监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势，院、科两级对监测资料有定期（至少每季度）分析、总结与反馈，提出感染防控改进措施；整改能体现持续质量改进。</td><td>1.未按计划进行监测减 0.4 分。
2.无院、科两级统计、分析与反馈减 0.2 分。
3.整改未体现持续质量改进减 0.3 分。</td></tr>
<tr><td>126.3</td><td>医院信息系统能满足医院感染监测需要;对医院感染预防及控制决策提供支持作用。</td><td>1.医院信息系统不能对医院感染危险因素进行监测与分析减 0.3 分。
2.不能实现临床、管理部门信息共享减 0.2 分。</td></tr>
<tr><td>126.4</td><td>定期开展院、科两级风险评估，有对感染较高风险的科室与感染控制情况进行风险评估,制定针对性的预防控制措施，并持续改进诊疗护理流程。</td><td>1.未定期开展风险评估减 0.3 分。
2.未结合医院实际制定针对性防控措施减 0.3 分。</td></tr>
<tr><td>126.5</td><td>采取多种形式定期（至少每季度）发布医院感染监测信息,进行横向比较,提出预警和改进诊疗、护理流程的建议,医务人员和医院感染的相关管理人员及时获得医院感染监测信息。</td><td>1.未按要求发布医院感染监测信息减 0.4 分。
2.抽问 1-3 名医务人员是否知晓相关内容。每 1 例知晓内容低于 50%减 0.2 分，知晓内容低于 75%减 0.1 分。</td></tr>
</table>

标准序号	评审要点	评分方法
(一百二十七)消毒、灭菌和隔离工作符合相关标准和规范要求，工作人员能获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求（2.5分）。 【标准概述】消毒、灭菌和隔离工作符合国家相关标准和规范要求；主管部门对医用耗材、消毒隔离相关产品质量有监管，工作人员能获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品；针对重点部门、重点部位的消毒隔离管理符合要求。		
127.1	制定全院和不同部门的消毒与隔离制度并指导落实。	1.未建立院、科两级消毒隔离制度不得分。 2.未对有关问题进行分析并提出改进措施减0.2分。
127.2	医院消毒供应中心清洗、消毒及灭菌技术操作及其效果监测的程序及判定标准规范，有清洗消毒及灭菌效果监测的原始记录与报告。	1.如系外包，无合格的消毒灭菌外包协议和监管记录此项不得分。 2.清洗、消毒与灭菌操作与监测不规范减0.4分。 3.监测记录和报告不全减0.2分。
127.3	主管部门对医用耗材、消毒隔离相关产品采购质量有监管。	无监管记录减0.3分。
127.4	定期对有关消毒设备、设施、消毒剂的消毒或灭菌效果进行监测。	无定期监测记录减0.4分。
127.5	医务人员使用的消毒与防护用品配置合理、充足，便于医务人员获取和使用。	防护用品配置及放置不符要求减 0.2分。
127.6	医务人员根据标准预防的原则以及分级防护规定，正确采取防护措施。	医务人员防护不正确减0.4分。
127.7	医院感染重点部门、重点部位的消毒与隔离管理符合要求。	一项不符要求减0.1分。
(一百二十八)按照《医务人员手卫生规范》，建立医院手卫生管理制度。正确、充分配置有效、便捷的手卫生设备和设施，加强手卫生落实情况监管（2.5分）。 【标准概述】按照《医务人员手卫生规范》要求，制定切合医院实际的手卫生管理制度；配置正确、有效、便捷、足够的手卫生设备和设施；加强培训鼓励医务人员手卫生，落实手卫生监测与监管。		
128.1	制定手卫生管理制度，医务人员在临床诊疗活动中应严格遵循手卫生操作规程。	1.未建立制度不得分。 2.抽查1-3名科室医务人员手卫生执行情况，一项未达要求减0.2分。
128.2	正确配置有效、便捷、足量的手卫生设备和设施，定期核查维护，有相关手卫生（洗手、卫生手消毒和外科手消毒）流程图。	1.手卫生设备和设施配置不符要求减0.5分。 2.无相关手卫生流程图减0.2分。
128.3	有院、科两级对手卫生执行情况的监测，有总结、反馈和考核。	1.无院、科两级监测减0.5分。 2.无定期总结、反馈和考核减0.3分。
(一百二十九)有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。应用微生物室检测和医院感染管理数据信息指导临床合理使用抗菌药物（2.5分）。 【标准概述】规范多重耐药菌医院感染控制管理，建立监测与监管机制，落实医院感染防控措施；有感控、临床、医疗、护理、检验、药学等多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制；应用监测数据指导临床合理使用抗菌药物，减少或避免多重耐药菌在医院的产生与传播。		

标准序号	评审要点	评分方法
129.1	按照国家相关要求制定监测计划，对多重耐药菌感染、定植或高危患者开展监测工作。	1.未按要求制定监测计划减 0.3 分。 2.监测未有效开展减 0.5 分。
129.2	针对多重耐药菌医院感染的各个环节，结合医院实际，制定并落实多重耐药菌感染管理的制度和防控措施，有院、科两级监督检查及改进。	1.未建立相应管理制度不得分。 2.未制定措施减 0.3 分。 3.无定期督查减 0.2 分。 4.未及时整改减 0.3 分。
129.3	有医院感染管理、医疗、护理、微生物实验室或检验部门、药学部门、临床科室共同参与的多重耐药菌管理定期联席会制度，有牵头部门，分工明确，职责清楚；定期（至少每季度）为临床提供耐药菌的趋势与抗菌药物敏感性的监测报告。	1.未按要求执行多重耐药菌联席会议制度减 0.4 分。 2.未定期发布监测报告减 0.2 分。
(一百三十) 建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。有医院侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，制订相关防控措施并实施数据监测(2 分)。 【标准概述】侵入性器械/操作相关感染防控是医院感染管理的重点环节，根据医院实际建立健全防控制度；制定侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录；采取相关防控措施并实施目标性监测，利于减少或避免医院感染发生，维护患者安全。		
130.1	建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。	未建立相关制度不得分。
130.2	建立院、科两级医院侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录。	1.未建立相关操作名录减 0.2 分。 2.操作名录与实际不符减 0.3 分。
130.3	开展临床使用侵入性诊疗器械相关感染病例的目标性监测和侵入性诊疗器械相关感染防控措施执行依从性监测。	1.未制定监测计划减 0.2 分。 2.措施落实不到位减 0.3 分。
130.4	院、科两级定期（至少每季度）对防控制度与措施的落实进行督查，针对问题进行整改，记录能体现持续质量改进。	1.未定期开展督导减 0.2 分。 2.无持续改进减 0.3 分。
(一百三十一) 按照有关法律法规，建立医院医疗废物、废液管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作机制，落实岗位职责。医疗废物的分类、收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。加强相关人员培训（2 分)。 【标准概述】按照国家发布的有关法律法规，建立医疗废物/废液管理组织、制度与流程、岗位职责并落实；医疗废物的分类、收集、运送、暂存、交接、登记规范；加强相关人员培训，操作人员职业防护符合感控要求，主管部门落实监管。		
131.1	建立医疗废物/废液管理组织，制定医疗废物/废液相关管理制度与流程，明确岗位职责，有专人负责医疗废物处置工作。	1.未建立管理制度不得分。 2.无流程减 0.2 分。 3.岗位职责不明确，无专人负责减 0.2 分。
131.2	科室按规定分类收集，医疗废物交接登记资料齐全，按规定存放；医疗废物暂存处（点）、转运车应定期消毒、并有消毒记录；使用医疗废物专用包装袋、容器和利器盒。	1.未按规定分类收集减 0.2 分。 2.交接资料登记不全减 0.1 分。 3.有关场所和容器未规范消毒减 0.1 分。 4.未使用专用袋、容器、利器盒减 0.1 分。

标准序号	评审要点	评分方法
131.3	对相关人员进行培训，医疗废物、污水处理人员知晓相关规定并能严格遵照执行。	1.培训与记录不全减 0.2 分。 2.抽问 1-3 名相关工作人员是否知晓相关内容。每 1 例知晓内容低于 50%减 0.2 分，知晓内容低于 75%减 0.1 分。
131.4	配备合格防护用品，操作人员能正确使用。	1.防护用品不符合要求减 0.1 分。 2.防护用品使用不正确减 0.2 分。
131.5	有主管部门对制度与岗位职责落实情况的监管和持续质量改进记录。	1.监管未落实减 0.1 分。 2.无持续质量改进记录减 0.1 分。

十一、中医诊疗质量保障与持续改进

标准序号	评审要点	评分方法
（一百三十二）中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求，所设置的中药房与中药煎药室应当符合相关法律法规的要求（2.2 分）。 【标准概述】医疗机构应根据《综合医院中医临床科室基本标准》《医疗机构中药煎药室管理规范》相关规定，设置中医诊疗科室、中药房与中药煎药室，以加强综合医院中医药工作，提高综合医院的综合服务能力，更好地满足广大人民群众对中医药服务的需求。		
132.1	中医科为医院的一级临床科室、设立中医门诊。	1.未设置中医科减 0.3 分。 2.无中医门诊减 0.2 分。
132.2	科主任具有中医类别的任职资格。中医师具备中医类别任职资格。	未具备相应任职资格减 0.2 分。
132.3	根据医院规模和临床需要，设置规范的中药房与中药煎药室。	1.未设置中药房与中药煎药室减 0.1 分。 2.中药房与中药煎药室设置不符合规范减 0.3 分。
132.4	有中药质量管理的相关制度，对采购、验收、贮存、调剂、煎煮等环节实行质量控制。	1.未建立相关制度不得分。 2.各环节未进行质量管理减 0.3 分。 3.环节管理有缺陷减 0.1 分。
132.5	煎药室的设施与设备、人员要求、煎药操作方法和煎药室的管理等符合相关规定。	不符合相关规定减 0.3 分。
132.6	主管部门定期对中药房与中药煎药室工作有检查与监管。	未定期检查与监管减 0.2 分。
(一百三十三)建立中医诊疗规范，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务(2 分)。 【标准概述】中医诊疗科室设置应符合《综合医院中医临床科室基本标准》等法规的要求，中医病区根据医院实际，因地制宜，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。		
133.1	根据国家法律法规和行业规范要求，建立中医科工作制度、岗位职责及中医诊疗规范，并落实。	1.未建立相关制度减 0.6 分。 2.无岗位职责和诊疗规范，缺一项减 0.2 分。 3.制度、职责落实不到位每一项减 0.1 分。

标准序号	评审要点	评分方法
133.2	落实中医药行业标准规范，有中医护理技术操作规程。	1.无中医护理技术操作规程减 0.6 分。 2.未落实中医药行业标准规范减 0.6 分。
133.3	护士长接受过系统中医药知识技能岗位培训。	护士长未接受中医药知识技能岗位培训减 0.2 分。
133.4	以多种形式为患者提供具有中医特色的康复和健康指导。	1.未提供中医特色康复和健康指导减 0.6 分。 2.健康教育形式单一（仅一种）减 0.3 分。

第三章　医院管理

一、管理职责与决策执行机制

标准序号	评审要点	评分方法
(一百三十四)制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。加强和改进医院领导人员管理（2 分）。 【标准概述】建立健全现代医院管理制度，科学制定并执行医院章程，建立医院内部决策执行机制。医院领导人员分工明确，权责清晰，建立有完善的领导干部任免、考核、评价、监督机制。		
134.1	贯彻落实现代医院管理制度，科学制定并执行医院章程，建立医院决策执行机制。	
134.1.1	制定医院章程并报登记管理机关备案。	1.未制定医院章程不得分，章程事项制定不齐全减 0.2 分。 2.医院章程未报登记机关备案减 0.2 分。
134.1.2	严格执行医院章程，职能部门对章程执行情况有检查、有监督、有反馈、有改进。	医院各职能部门未对章程执行情况进行检查、监督、反馈、改进减 0.3 分。
134.1.3	建立医院决策执行机制。坚持科学决策、民主决策、依法决策，明确各自决策事项和范围，并严格执行。	1.医院未建立议事决策执行机制减 0.2 分。 2.未明确各自决策事项和范围减 0.3 分。
134.2	医院领导人员分工明确，权责清晰，建立有完善的领导干部任免、考核、评价、监督机制并持续改进。	
134.2.1	有明确的医院领导人员职责、权力清单，有明确的职能部门、科室职责清单。	1.未建立明确的医院领导人员职责、权力清单减 0.2 分。 2.未建立明确的职能部门、科室职责清单减 0.2 分。
134.2.2	建立有完善的领导干部任免、考核、评价、监督机制。	1.领导干部任免机制不合规减 0.2 分。 2.考核评价制度制定不合理减 0.2 分。 3.考核评价落实不到位减 0.2 分。 4.未建立有效的领导干部监督制度不得分。 5.领导干部监督落实不到位减 0.2 分。
134.2.3	院领导定期述职，并接受评议。	1.未开展院领导定期述职减 0.1 分。 2.未开展民主评议减 0.1 分。

标准序号	评审要点	评分方法
(一百三十五)公立医院加强党的建设，明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用，实施党委领导下的院长负责制，健全医院党委与行政领导班子议事决策制度（2分）。 【标准概述】落实党中央、四川省委关于加强公立医院党的建设要求，党委职责明确、领导作用发挥好，内部决策机制规范完善，确保党的卫生与健康工作方针和决策部署在医院有效贯彻执行。		
135.1	全面加强医院党的建设，医院党组织设置规范，活动经常、队伍过硬、保障到位、作用突出。	
135.1.1	党建工作领导体制和工作机制完善,合理设置医院党建工作机构,基层党组织实现内设机构应设尽设，基层党组织党建工作考核评价体系健全。	1.党建工作机构不健全减 0.1 分。 2.无支部考评机制减 0.2 分。 3.有联合党支部覆盖科室超过 5 个的每个减 0.05 分。
135.1.2	严格执行“三会一课”、组织生活会、民主评议党员、双重组织生活、谈心谈话等制度，结合实际开展主题党日活动。	1.未建立相应制度不得分。 2.制度未执行减 0.2 分。
135.1.3	医院内设机构党支部工作职责明确,参与科室重要决策、引领推进业务工作的机制健全，成效显著。	1.未建立相应制度不得分。 2.有制度未执行减 0.2 分。
135.1.4	有党建工作计划、职工党建知识教育、全员警示教育常态化方案、精神文明建设要求。	1.未建立相应制度不得分。 2.未制定计划、方案或未执行，每项减 0.1 分。
135.2	充分发挥公立医院党委的领导作用，实行党委领导下的院长负责制。健全党委会议（或常委会会议）、院长办公会议议事决策规则，明确各自决策范围、事项和程序，落实党委领导下的院长负责制各项要求。	
135.2.1	充分发挥公立医院党委的领导作用,实行党委领导下的院长负责制。	未建立党委领导下的院长负责制的工作机制不得分。
135.2.2	按照中央文件精神制定有关党委会议(或常委会会议）、院长办公会议议事决策规则。	制度不规范或有制度未执行不得分。
135.2.3	医院党委实行集体领导和个人分工负责相结合的制度，院长依法依规独立负责地行使职权。	未实行集体领导和个人分工制不得分。
135.2.4	建立并落实书记、院长定期沟通制度和党政班子定期沟通制度。	1.未建立相关制度不得分。 2.有制度未执行减 0.2 分。
135.2.5	党委履行党风廉政建设、行风建设主体责任，纪委履行监督责任；建立领导班子和领导干部、职能部门负责人、科室负责人等责任追究制。	1.工作机制不健全减 0.3 分。 2.制度未执行每项减 0.1 分。
135.3	党建工作要求写入医院章程，明确党组织的设置形式、地位作用、职责权限和党务工作机构、经费保障等内容和要求。	
135.3.1	党的领导和党的建设有关要求写入医院章程,明确党组织设置形式、地位作用、职责权限和党务工作机构人员配备、经费保障等内容要求，明确医院党委等院级党组织研究决定医院重大问题的制度机制。	党建工作未写入章程或内容不符合上级要求不得分。
135.3.2	有党员活动场所,党建工作经费列入医院年度预算，并建立正常增长机制。	党建经费预算低于 0.5%减 0.2 分。

标准序号	评审要点	评分方法
（一百三十六）医院管理组织机构设置合理，根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制度和岗位职责，并及时修订完善。各级管理人员按分工履行职责，建立部门、科室间沟通与协调机制。各部门和科室命名规范（2分）。 【标准概述】医院管理组织机构设置合理，根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制度和岗位职责，并及时修订完善。各级管理人员按分工履行职责，建立部门、科室间沟通与协调机制。各部门和科室命名规范。		
136.1	医院管理组织机构设置合理，各部门和科室命名规范。	
136.1.1	有组织架构图，医院运行状况与组织架构相符，根据管理需要，及时调整组织架构和部门职能。	无组织结构图或运行与架构不符合不得分。
136.1.2	部门命名规范、职能划分明确。	无部门工作职能不得分。
136.2	制定各项规章制度和岗位职责，职责清晰，并及时修订完善。各级管理人员按分工履行职责，部门内或部门间沟通协调顺畅。	
136.2.1	各项规章制度的制定、审核、批准、发布、修订、作废等有统一的管理规定和管理程序；主管部门对制度建设有自查、有分析，督促各部门持续改进。	1.无制度管理的管理规定或管理程序不得分。 2.未开展自查改进减0.2分。
136.2.2	制定有完整的、符合法律法规、规章规范及相关标准的医院管理规章制度，且符合本院实际情况。	1.规章制度不符合法律法规、规章规范及相关标准不得分。 2.规章制度不健全减0.2分。
136.2.3	制定有符合岗位要求、明确规范的岗位职责，相关岗位职责明确有医德医风的要求；有全员岗位职责与行为规范的教育培训。	1.相关部门岗位职责未体现医德医风要求不得分。 2.未开展培训减0.2分。
136.2.4	建立沟通协调机制，召开多部门工作会，并有会议记录；牵头部门对相关工作任务执行情况有追踪评价，有反馈。	无相关工作记录或沟通结果落实记录减0.2分。
（一百三十七）医院建立全员学习机制，强化学习文化。定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育（2分）。 【标准概述】医院能够有针对性、有计划性开展培训工作，培训计划合理可行，定期组织员工参加政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育，全院学习机制健全、学习氛围浓厚。		
137.1	有各类别人员培训计划。	未制定人员培训计划减0.2分。
137.2	医院定期组织员工参加政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。	未按计划开展培训减0.2分。
137.3	相关培训资料完整。	相关培训资料不完整减0.1分。
（一百三十八）加强院务公开管理。按照国家有关规定向社会及员工公开信息（2分）。 【标准概述】按照国家有关规定，医院向社会及员工公开信息。医院有向社会及员工公开信息的管理部门、工作制度与程序，信息公开内容明确、方式多样，信息发布完整及时。		
138.1	医院有信息公开管理部门、工作制度与程序。	
138.1.1	医院有信息公开工作制度与程序，并及时更新。	医院未建立信息公开工作制度与程序不得分。

标准序号	评审要点	评分方法
138.1.2	有“院务公开领导小组”，有指定部门负责院务公开工作，有明确的工作职责。	1.无“院务公开领导小组”减 0.1 分。 2.未指定部门负责院务公开工作，工作职责不明确减 0.1 分。
138.1.3	信息公开工作部门人员熟悉信息公开相关法规、规章和工作制度。	抽问 1-3 名部门工作人员，对工作制度不熟悉减 0.1 分。
138.1.4	多部门协作机制有效，保证工作持续改进。	抽查 2-3 个部门,工作开展不到位减 0.1 分。
138.2	按照有关规定，明确应当公开的信息，并以公众知晓的多种方式公开。	
138.2.1	向社会公开的主要内容有:医院资质信息、医疗质量、医疗服务价格和收费信息、便民措施、集中采购招标、行业作风建设情况等。	医院梳理公开内容不齐全减 0.1 分。
138.2.2	有相关资料证实上述信息已经按照要求予以公开，信息发布完整及时。	医院提供公开信息资料不齐备减 0.1 分。
138.2.3	公开的信息以公众知晓的多种方式公开。	未建立多种方式公开信息减 0.1 分。
138.3	向患者提供查询服务或提供费用清单。	
138.3.1	向患者提供医疗服务中所使用的药品、血液及其制品、医用耗材和接受医疗服务的名称、数量、单价、金额及医疗总费用等情况的查询服务或提供相应的费用清单。	医院未向患者提供医疗服务中所使用费用清单或查询服务减 0.1 分。
138.3.2	有相关资料证实上述规定已经执行。	无相关资料证实减 0.1 分。
138.4	院务公开内容完整，信息发布及时。	
138.4.1	院务公开内容明确，至少有以下项目:医院重大决策事项、运营管理、人事管理、领导班子和党风廉政建设情况等。	院务公开内容缺一项目减 0.1 分。
138.4.2	院务公开内容符合要求，信息发布及时、真实、准确。	信息发布不及时、不真实、不准确减 0.1 分。
138.5	广大职工充分行使民主权利，积极参与院务公开。	
138.5.1	有多种形式方便职工获取公开的信息。	未建立多形式方便职工获取公开的信息减 0.1 分。
138.5.2	鼓励职工监督院务公开工作，通过座谈会、网络信息交流、职代会等多种途径听取职工意见。	未建立多种途径听取职工意见减 0.1 分。
138.5.3	通过征求和收集职工对公开信息具体内容的意见与建议，改进医院管理工作。	未梳理反馈信息,未推进工作改进减 0.1 分。
（一百三十九）对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理（2 分）。 【标准概述】建立有针对对外委托服务项目质量与安全的监管机制，实现从项目引进、项目实施等全过程的监督管理，并有持续改进。		
139.1	建立有针对对外委托服务项目质量与安全的监管机制。	

标准序号	评审要点	评分方法
139.1.1	制订有对外委托服务项目遴选、管理等相关制度和办法，有项目评估和监督考核机制。	1.未制订对外委托服务项目遴选、管理等相关制度和办法不得分。 2.医院未建立对外委托服务有项目的评估和监督考核机制减0.2分。
139.1.2	对外委托服务项目管理按照“谁使用、谁负责”的原则，由对口职能部门进行监管。	各对外委托服务项目无对口职能部门监管减0.2分。
139.2	从项目引进、项目实施等全过程有监督管理，并有持续改进。	
139.2.1	对外委托服务项目招投标符合规范。	对外委托服务项目招投标不规范减0.2分。
139.2.2	所有项目有合同明确规定双方的权利和义务，以及服务的内容和标准。	所有项目合同内容不明晰减0.2分。
139.2.3	职能部门对项目有日常检查、分析、反馈。	各职能部门对项目无日常检查、分析、反馈减0.2分。
139.2.4	对外委托服务项目管理有年度质量安全评估报告。	各职能部门对项目无年度质量安全评估报告减0.2分。
139.2.5	持续改进有成效，所有对外委托服务项目管理符合要求。	各项目改进成效无效减0.2分。

二、人力资源管理

标准序号	评审要点	评分方法
（一百四十）建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度。医院人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要（2分）。 【标准概述】医院设置人力资源管理部门，且有明确的职责；人事管理制度完整健全，人员配备能够满足医院的发展需求。		
140.1	医院规范设置人力资源管理的部门，职能职责清晰明确。	1.未规范设置人力资源管理部门减0.1分。 2.职能职责不清晰减0.1分。
140.2	有规范完整的人事管理制度与程序，能够满足临床服务与医院管理需要。	未制定相关制度不得分。
140.3	建立健全全员聘用制度和岗位管理制度。	未建立全员聘用制度和岗位管理制度不得分。
140.4	医院各类卫生技术人员配置符合国家有关规定。	人员配置不符合国家有关规定减0.2分。
（一百四十一）有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系，建立专业技术人员档案（2分）。 【标准概述】医院卫生专业技术人员资质认定、聘用、考核、评价公开、公正、透明，符合相关规定要求，制定卫技人员资格认定、职称评聘等管理办法。职能部门为卫生专业技术人员建立个人技术考评档案，并存有个人的资质文件。		
141.1	开展卫生专业技术人员资质认定、聘用、考核、评价等工作做到公正、公平、公开。	人员资质认定、聘用、考核、评价等工作不公开透明减0.2分。
141.2	有规范完整的卫技人员资格认定、职称评聘等相关制度和流程。	未制定相关制度和流程不得分。

标准序号	评审要点	评分方法
141.3	持续改进有成效,评聘程序规范、制度落实到位、档案资料完整。	程序不规范、档案资料不完整减 0.1 分。
141.4	有卫技人员专业技术档案目录(可以是电子版)。	未制定档案目录不得分。
141.5	有专业技术人员任职资格档案资料。(经审核的执业注册证、文凭、学位等资料复印件)	无档案资料减 0.1 分。
(一百四十二)贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》,加强公立医院行政领导人员职业化培训(2分)。 【标准概述】执行《公立医院领导人员管理暂行办法》和《关于加强公立医院党的建设工作的意见》,按政治强、促改革、懂业务、善管理、敢担当、作风正的标准配齐配强班子成员;班子成员具有积极性、主动性、创造性,自觉加强思想政治和业务能力学习,参加职业化培训,持续提高行政领导人员管理水平。		
142.1	医院领导班子成员配置符合相关规定,无超职数配置领导干部情况。	1.领导干部不符合任职条件不得分。 2.超职数配置领导干部不得分。
142.2	领导班子成员实行任期目标责任制,建立并落实医院领导人员年度述职述廉制度,实行年度考核和任期考核。	1.未实行任期目标责任制不得分。 2.评审周期内未开展考核每年减 0.2 分。
142.3	医院领导班子确保把主要精力和时间用于医院管理,一般不得兼任临床科室负责人。	院领导兼任临床科室负责人减 0.5 分。
142.4	党政领导班子党员成员落实党建工作“一岗双责”要求。	“一岗双责”制度不健全或未执行减 0.4 分。
142.5	医院领导班子成员按要求参加卫生健康行政部门、医院主管部门或行业内有资质的机构培训,每年至少参加 1 次管理相关培训。	达不到培训要求,每年每人减 0.1 分。
(一百四十三)有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分(2分)。 【标准概述】医院实行卫生专业技术岗前培训制度,实施住院医师规范化培训,实施卫生专业技术人员继续教育制度,相关培训、教育工作管理制度完善规范,能够把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。		
143.1	实行卫生专业技术岗前培训制度。	
143.1.1	制定新员工岗前培训制度。	未制定岗前培训制度不得分。
143.1.2	新员工上岗前培训相关培训资料完善。	培训资料不完善减 0.2 分。
143.2	实施住院医师规范化培训。	
143.2.1	有住院医师规范化培训管理制度及实施记录。	1.未建立相关制度不得分。 2.无实施记录减 0.2 分。
143.2.2	有住院医师规范化培训管理机构和管理人员,负责该项工作。	无负责的机构和人员减 0.2 分。
143.2.3	有住院医师规范化培训基地,能够接收外院和社会住院医师规范化培训任务。	1.无规范化培训基地减 0.2 分。 2.未接收外院或社会住院医师规范化培训任务各减 0.1 分。
143.3	实施卫生专业技术人员继续教育制度。	
143.3.1	制定本院继续医学教育方案,实施卫生技术人员全员继续医学教育。	无相关方案减 0.2 分。

标准序号	评审要点	评分方法
143.3.2	有继续医学教育组织机构，有职能部门负责具体组织实施。	无负责的机构减 0.2 分。
143.3.3	有继续医学教育信息库，有包括全院、科室、个人实施继续医学教育的统计、评价、考核等资料。	无继续医学教育信息库减 0.2 分。
（一百四十四）贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育（2 分）。 【标准概述】贯彻与执行《劳动法》等国家法律法规的要求，建立与完善职业安全防护与伤害的措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。		
144.1	有职业安全防护应急预案、员工职业暴露损害的紧急处理程序和措施、职业安全监测制度。	1.未制定职业安全防护相关制度不得分。 2.制度不完善减 0.1 分。
144.2	开展上岗前职业安全防护教育培训。	1.未开展岗前职业安全防护教育不得分。 2.职业安全教育培训计划减 0.1 分。 3.教育培训资料不齐全减 0.1 分。
144.3	建立员工个人健康档案，建立高危岗位的个人安全监测记录档案。	1.高危岗位的个人安全监测记录档案未做到“一人一档”减 0.1 分。 2.资料不齐全减 0.1 分。
（一百四十五）关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康权益（2 分）。 【标准概述】构建职工健康保障体系，组织年度健康体检、举办文体娱乐活动、开展健康知识讲座等形式，倡导科学生活方式、关注健康、注重体育锻炼、注重身心素质提高的良好氛围，提高职工健康意识，培育一支身心健康、精力充沛，适应医院高质量发展的职工队伍。		
145.1	构建有职工健康保障体系，有组织年度健康体检。	1.未制定医院职工年度健康体检计划减 0.5 分。 2.未按照计划有效落实的减 0.5 分。
145.2	举办系列文体娱乐活动、开展健康知识讲座。	1.未举办文体娱乐活动减 0.5 分。 2.未开展健康知识讲座培训等减 0.5 分。
（一百四十六）医院应当将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标，将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据（2 分）。 【标准概述】医院能够将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标，将科室和医务人员医疗质量管理情况纳入医师定期考核、晋升工作中，作为重要评价依据。		
146.1	将医疗质量管理情况纳入医师定期考核、职称晋升、评先评优制度中。	医师定期考核、职称晋升等制度未将医疗质量管理情况纳入减 1 分。
146.2	将科室医疗质量纳入临床医技科室负责人年度、任期综合目标考核中，并作为岗位管理重要依据。	1.无综合目标考核减 0.5 分。 2.未将医疗质量纳入科主任考核的减 0.5 分。
146.3	将个人医疗质量纳入临床医技科室干部选拔重用评价内容之一。	未将医疗质量纳入干部选拔评价减 0.5 分。

三、财务和价格管理

标准序号	评审要点	评分方法
(一百四十七)执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全，人员配置合理，岗位职责明确，会计核算规范，三级公立医院实行总会计师制度（2 分）。 【标准概述】执行国家相关法律法规，财务机构设置合理、人员配置到位，财务管理制度健全，财务核算规范，财务部门集中统一管理医院经济活动，设置总会计师，牵头负责财务管理工作。		
147.1	执行相关法律法规，财务管理制度健全，财务机构设置合理。	
147.1.1	实行“统一领导，集中管理”的财务管理体制，医院财务活动在院长及总会计师领导下，由医院财务部门集中管理。	医院财务管理体制不健全减 0.2 分。
147.1.2	建立健全医院财务管理制度。	医院财务管理制度不健全减 0.2 分。
147.1.3	定期编制财务报告，年度财务报告按规定经过注册会计师审计。	1.财务报告不规范减 0.1 分。 2.年度财务报告未经过注册会计师审计减 0.1 分。
147.2	财务管理人员配置合理，岗位职责明确。	
147.2.1	财务人员配置合理，有明确的岗位职责。	1.财务人员配置不合理减 0.1 分。 2.岗位职责不明确减 0.1 分。
147.2.2	财务部门负责人具备会计师以上专业技术职称且至少从事三年以上财务工作经历。	财务部门负责人配置不符合要求减 0.2 分。
147.2.3	建立财务岗位轮转机制，并严格落实。	1.未建立轮岗机制减 0.1 分。 2.未按要求实施轮岗减 0.1 分。
147.3	会计核算规范。	
147.3.1	严格执行政府会计制度，财务会计与预算会计科目使用规范。	财务会计与预算会计科目使用不规范减 0.2 分。
147.3.2	配置财务核算系统，满足业务需求。	财务核算系统不满足业务需求减 0.2 分。
147.4	医院实行总会计师制。	
147.4.1	设置总会计师，并按规定履行总会计师的职责和权利。	未设置总会计师减 0.2 分。
147.4.2	医院对总会计师履职有保障机制与评估。	医院对总会计师履职无保障机制或评估减 0.2 分。
(一百四十八)按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评（2 分）。 【标准概述】按照《预算法》和财政部门、主管部门关于预算管理的有关规定，科学合理编制预算严格执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。		
148.1	按照预算管理制度，编制医院年度预算。	
148.1.1	建立健全医院预算管理制度，实现全面预算管理。	1.医院预算管理制度不健全减 0.2 分。 2.未实行全面预算管理减 0.2 分。
148.1.2	按规范程序进行预算编制、审批和调整。	1.预算编制审批程序不规范的减 0.2 分。 2.预算调整程序不规范减 0.2 分。

标准序号	评审要点	评分方法
148.1.3	配置预算管理系统，满足管理需求。	未配置预算管理系统减 0.2 分。
148.2	严格执行预算，加强预决算管理和监督。	
148.2.1	执行批复的预算，定期对预算执行情况进行检查、分析、评价、反馈。	1.未严格执行批复的预算减 0.2 分。 2.未定期进行预算执行分析评价与反馈减 0.2 分。
148.2.2	按规定编制年度决算报告,年度预算考核结果作为内部业务综合考核、资源配置、内部收入分配的依据之一。	1.年度决算报告不规范减 0.2 分。 2.年度预算考核结果无应用减 0.2 分。
148.2.3	预算执行结果良好。	预算执行效率未达标减 0.2 分。
(一百四十九)实行全成本核算管理，控制运行成本和医院债务规模，降低财务风险，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率（2 分）。 【标准概述】实行成本核算，降低运行成本。控制医院债务规模，降低财务风险，加强资产管理，提高资产使用效益。		
149.1	实现成本核算，降低运行成本。	
149.1.1	建立健全医院成本管理相关制度,配备专职成本核算人员，定期开展成本核算与分析。	1.医院成本管理制度不健全减 0.2 分。 2.未配备专职成本核算人员减 0.2 分。
149.1.2	开展诊次成本、床日成本、医疗服务项目成本、病种成本、DRG 成本核算，相关分析结果运用于运营管理、绩效考核等。	未开展诊次成本、床日成本、医疗服务项目成本、病种成本、DRG 成本核算，缺一项减 0.1 分。
149.1.3	配置成本核算系统，满足业务需求。	1.未配置成本核算系统减 0.1 分。 2.成本核算系统不满足业务需求减 0.1 分。
149.2	控制医院债务规模，加强资产管理，提高国有资产使用效益。	
149.2.1	建立健全医院资产管理制度。	医院资产管理制度不健全减 0.2 分。
149.2.2	开展固定资产购置事前论证工作,科学合理配置医院资产。	未开展固定资产购置事前论证减 0.2 分。
149.2.3	资产出租出借、对外投资、资产处置经充分论证并规定进行审批。	资产出租出借、对外投资、资产处置未按规定进行论证审批减 0.2 分。
149.2.4	定期对医院资产管理进行分析评价,资产负债率控制在合理范围内。	1.未定期开展资产管理分析评价减 0.2 分。 2.资产负债率未控制在合理范围内减 0.2 分。
（一百五十）落实《医疗机构内部价格行为管理规定》,全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度；完善医药收费复核制度；确保医药价格管理系统信息准确；规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序（2 分）。 【标准概述】按照相关政策规定，合理配置院内价格管理部门和人员，健全、完善医院内部价格管理制度；全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度；积极开展并不断改进医院内部价格管理工作。		
150.1	按照相关政策规定，合理配置院内价格管理部门和人员，并健全、完善医院内部价格管理制度。	

标准序号	评审要点	评分方法
150.1.1	有价格管理部门，制定和落实相关制度。	1.未设置部门减 0.2 分。 2.未建立相关制度不得分。
150.1.2	有价格管理专（兼）职人员，明确人员的工作职责，能够正确掌握价格政策。	未明确工作职责减 0.2 分。
150.2	全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度。	
150.2.1	全面落实对价格进行公示制度。	未进行价格公示减 0.4 分。
150.2.2	院内有提供咨询和投诉价格的通道，有价格投诉处理机制和处理流程。	1.无咨询与投诉通道减 0.2 分。 2.无处理流程减 0.1 分。
150.3	积极开展并不断改进医院内部价格管理工作。	
150.3.1	向各部门、各科室的价格执行情况进行宣讲、分析、监督及整改追踪。	1.无价格培训减 0.1 分。 2.无分析、监督减 0.1 分。 3.无价格改进管理减 0.2 分。
150.3.2	准确及时地按照价格管理政策维护医疗服务价格系统，并进行收费复核管理。	无收费复核管理减 0.2 分。

(一百五十一) 执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程，加强集中采购管理（2 分）。
【标准概述】医院采购管理制度是提高医院物资、服务采购效率和保障医院正常运行的重要途径，明确采购范围、采购方式、采购途径及采购流程是规范医院采购管理工作的第一步。

151.1	医院建立采购预算审批制度。	
151.1.1	医院职能部门设立采购预算方案，经相关委员会审核后上报“三重一大”会议审议。	1.未设立采购预算方案减 0.2 分。 2.未经相关委员会审核减 0.2 分。 3.未上报“三重一大”会议审议减 0.2 分。
151.1.2	有本级财政部门的采购预算批复。	无本级财政部门预算批复减 0.2 分。
151.2	医院建立采购管理制度。	
151.2.1	医院按照“论、管、采分离”原则，建立采购制度和流程（包括：医学装备、耗材、药品、信息、基建工程、服务等），明确采购范围、采购方式、采购流程、质疑与投诉流程等，严格执行管理和审批程序。	1.未建立采购制度不得分。 2.无相关流程减 0.3 分。 3.采购制度内容涵盖不全减 0.2 分。 4.具体项目未按照审批程序进行审批减 0.2 分。
151.2.2	采购部门明确职能职责，设置年度采购计划、建立工作台账、年度统计等。	1.未设置年度采购计划减 0.1 分。 2.未建立工作台账减 0.1 分。
151.3	采购项目实施情况。	
151.3.1	采购项目需求论证合规性。	1.采购需求论证按相关要求论证内容不全面的减 0.1 分。 2.进行论证的专家组人数不符合相关规定的减 0.1 分。 3.按要求应进行采购需求论证的项目未进行论证的减 0.1 分。

标准序号	评审要点	评分方法
151.3.2	采购项目采购方式合规性:政府采购项目严格按照规定进行本级财政部门备案、公示、采购等流程；院内自主采购项目的采购实施流程。	采购方式不合规减0.3分。
151.3.3	定期对采购项目进行质控管理，建立整改台账。	未进行质控管理及整改减0.1分。
151.3.4	有医院审计部门对采购项目进行审计的反馈及整改情况。	未对采购项目审计情况减0.1分。
(一百五十二)医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇。个人分配不得与业务收入直接挂钩（2分）。 【标准概述】按照深化医药卫生体制改革和收入分配制度改革的总体部署，以增加知识价值为导向进行按岗分配，着力体现医务人员技术劳务价值，规范收入分配秩序，逐步实现分配制度的科学化和规范化，调动医务人员积极性，不断提高医疗服务质量和水平。		
152.1	优化医院薪酬结构，合理确定医院薪酬水平。	
152.1.1	要结合医院定位、工作特点和本地实际，以及不同医院的功能定位和医、护、技、药、管等不同岗位职责要求，合理确定医院薪酬结构。	薪酬结构与医院功能定位和岗位职责匹配度不够减0.1分。
152.1.2	合理确定医院薪酬水平和绩效工资总量，建立动态调整机制，稳步提高医务人员薪酬水平，调动医务人员积极性。	薪酬水平建立不合理减0.5分。
152.2	完善科学合理的岗位绩效工资制。	
152.2.1	医院绩效分配要体现医、护、技、药、管等不同岗位差异，体现知识、技术、劳务、管理等要素的价值，编制内外人员同岗同薪同待遇。	1.绩效分配未体现岗位差异和要素价值不足减0.1分。 2.编制内外人员未做到同岗同薪同待遇减0.1分。
152.2.2	绩效工资向关键和紧缺岗位、高风险和高强度岗位、高层次人才、业务骨干和作出突出成绩的医务人员倾斜，向急需且专业人才短缺的专业倾斜。	绩效工资向特殊岗位和急需短缺专业倾向不足减0.1分。
152.3	建立科学合理的考核评价机制。	
152.3.1	考核评价机制的建立应综合考虑医德医风、服务质量、行为规范、岗位工作量、技术能力、患者满意度等指标因素。	1.考核评价指标不完整不科学减0.1分。 2.指标未执行落实减0.05分。
152.3.2	科室绩效和医务人员薪酬不得与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入挂钩。	存在严禁内容，一项减0.1分。

四、信息管理

标准序号	评审要点	评分方法
(一百五十三)建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息统计管理的专职机构，建立各部门间的组织协调机制，制订信息化发展规划，有与信息化建设配套的相关管理制度（3分）。 【标准概述】医院信息系统建设是一把手工程，应设立专职领导机构。信息化建设规划是医院信息化建设的指挥棒，应通过信息化建设年度计划落实建设规划，每年的信息化建设预算要围绕年度计划进行配套。		

标准序号	评审要点	评分方法
153.1	建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息统计管理的专职机构。	
153.1.1	有信息统计管理委员会或类似机构，并由院长担任主任委员，负责医院信息化与统计建设，辅助决策。	1.无此类机构减0.5分。 2.未定期召开多部门的信息化建设专题会议减0.2分。 3.无相关文件和会议记录减0.3分。 4.会议资料不完整减0.2分。
153.1.2	设置有独立的信息统计管理专职机构与人员配备。	1.未设置专职机构减0.5分。 2.未配备专职人员减0.5分。 3.无岗位职责减0.3分。 4.专职人员中无计算机科学与技术专业、计算机软件专业或信息管理类专业的减0.3分。
153.2	有与信息化建设配套的相关管理制度。	
153.2.1	配套的相关制度应覆盖系统建设、系统使用、信息安全、隐私保护、网络建设和人员培训等部分。	查看相关文件，每缺一项减0.1分。
153.2.2	有制度执行相关的配套措施(包括配套的绩效奖惩条款，或行政处分条款等）。	查看相关文件和执行记录，无配套措施减0.4分。
153.3	制订信息化与统计发展规划。	
153.3.1	在全院发展规划中体现信息化建设规划。	医院发展规划中无信息化建设部分减0.5分。
153.3.2	有单独的信息化与统计发展规划和年度计划。	1.无单独的信息化与统计发展规划减0.3分。 2.无年度计划减0.2分。
(一百五十四)医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关的信息，为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑，并根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享（4分）。 【标准概述】医院信息系统应以电子病历为核心，电子病历应用水平分级评价是对医院信息系统全面、客观的测评，三级医院应达到并通过4级测评。互联互通测评是信息系统标准化的手段，国家相关部门通过互联互通测评的方式促进医疗信息在医院之间、医院与其他行业间的数据交互共享，三级医院的信息系统应逐步达到四级乙等要求。		
154.1	有医院信息系统（HIS）、医学影像储存和传输系统（PACS）、实验室信息系统（LIS）等。	现场查看三个系统运行情况，不满足此项要求减0.5分。
154.2	通过“电子病历应用水平分级评价”5级或更高级别测评。	不满足此项要求减1分。

标准序号	评审要点	评分方法
154.3	有运营管理系统（HRP）。	1.系统功能涵盖财务管理、成本核算、绩效管理、人力资源管理、物质库房管理、设备管理和资产管理，每缺一项减0.1分。 2.上述系统需实现数据共享。每存在一个烟囱系统减0.1分。 3.未实现财务、成本一体化减0.3分。
154.4	通过互联互通测评，达到4级乙等或更高级别。	以有效证明文件为准，不满足此项要求减0.1分。
154.5	达到《四川省智慧医院评审标准（试行）》三星标准。	以有效证明文件为准,未达到要求减 1分。
154.6	建立以电子病历为核心的医院信息集成平台和临床数据中心。	查看相关建设合同和初验报告，未达到要求每项减0.25分。
154.7	电子健康卡可在院内全流程使用（包含：挂号、签到、就诊、缴费、检查、检验、报告查询、取药、入院、出院环节）。	现场查看电子健康卡演示情况，缺少一项减0.1分。
154.8	患者可在线预约检查、查询检验、检查结果、移动支付。	现场查看在线使用演示，缺少一项减0.25分。
(一百五十五)落实《中华人共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性（4分）。 【标准概述】信息安全是医院信息系统运行的保证。信息安全等级保护测评要覆盖医院主要业务系统，包括医院信息系统（HIS）、临床信息系统（CIS）、运营管理系统（HRP）、自动化办公系统（OA）、电子病历（EMR）、医院官方网站、集成平台等。实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。针对突发事件制定相关应急预案，以保证业务的连续性。		
155.1	实施信息安全等级保护测评与实行信息系统操作权限分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。	
155.1.1	医院每年至少有HIS、CIS、HRP、OA、EMR、医院官方网站、集成平台参与信息安全等级保护测评。	1.每少一项测评项目减0.1分。 2.缺一年测评减0.3分。
155.1.2	实行信息系统操作权限分级管理,信息安全采用身份认证、权限控制(包括数据库和运用系统)、患者数据使用控制。	1.未实行操作权限分级管理不得分。 2.信息安全措施落实有缺陷减0.2分。
155.1.3	信息系统具有防灾备份系统，实行网络运行监控，有防病毒、防入侵措施。	1.未建立防灾备份系统减0.5分。 2.运行监控执行有缺陷减0.3分。
155.2	针对突发事件制定相关应急预案，以保证业务的连续性。	
155.2.1	有信息系统应急预案，每年应急演练不少于1次。每次应急演练有记录与总结分析,演练记录。	1.无应急预案减0.5分。 2.应急演练次数未达到减0.3分。 3.无演练记录减0.3分。 4.记录不完整减0.2分。

标准序号	评审要点	评分方法
155.2.2	因网络安全问题受到主管部门书面通报或整改通知。	由主管部门提供，在一个评审周期内每出现一次减 0.2 分。
（一百五十六）根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，确保数据真实可靠、可追溯（6 分）。 【标准概述】根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，建立数据报送机制，开展医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送及分析，数据真实可靠、有记录、可追溯。		
156.1	遵守《中华人民共和国统计法》，贯彻落实国家、四川省卫生健康统计调查制度及行政部门规定，建立向卫生健康行政部门报送数据与其他信息的制度与流程，人员与设施配置合理。	
156.1.1	信息统计部门应配备专人从事医院综合统计工作，负责国家和四川省卫生健康法定统计数据及行政部门规定的相关信息的收集、上报与归口管理。专职统计人员熟悉国家、省卫生健康统计调查制度，掌握统计指标解释、统计口径、收集上报方式方法。	1.无专职综合统计人员减 0.3 分。 2.无中级及以上统计、卫生、管理等相关专业技术职称减 0.2 分。 3.访谈专职统计人员，抽查 5 个统计指标概念及口径，不熟悉调查制度和指标口径、收集方法者，一项减 0.1 分。
156.1.2	有完整的统计工作制度，对数据收集、质量审核、统一报送、安全保密、归口管理、信息报告问责等有明确的规定，工作流程设计合理。	1.无报送工作制度和流程不得分。 2.制度内容不完整减 0.1 分。 3.工作流程有缺陷减 0.1 分。
156.1.3	统计人员接受各级卫生健康行政部门、统计信息机构组织的业务培训。	查看专职统计人员的参训记录或参训支撑资料，评审周期内每年至少参加一次培训，缺一次培训记录减 0.05 分。
156.1.4	配备统计工作专用计算机，设备和网络满足统计和报送要求；建立基于医院信息集成平台的卫生健康统计信息管理系统，系统满足数据收集、质控、传输、存储、管理及统计分析功能。	1.无统计工作专用计算机等设备减 0.2 分。 2.数据统计、信息报送未进行内外网络隔离减 0.1 分。 3.统计工作无有效统计程序和信息系统支撑减 0.5 分。 4.未做到统计数据定期备份减 0.2 分。
156.1.5	定期开展统计数据分析应用，支撑医院管理决策。	评审周期内每年至少开展 5 次统计分析，缺一次减 0.1 分。
156.2	对报送的数据进行监督和管理，开展数据质量控制。按规定完成医院各类数据的收集上报，信息报送工作完成情况良好，数据及时、完整、准确，可追溯，无伪造、篡改等报送事故。	
156.2.1	建立基础数据台账或依托医院信息系统建设基础统计数据库，上报数据数出有据，输出一致。	1.无统计基础数据台账或基础数据库减 0.2 分。 2.随机抽查 20 项上报指标，检查原始数据与上报数据一致性和准确性，发现不一致或不准确者，一项减 0.04 分。

标准序号	评审要点	评分方法
156.2.2	建立统计数据上报前的逐级审核工作机制，并能有效执行。	提交月报、年报数据审核签字记录，数据上报前未经逐级自审、领导审签者减0.3分。
156.2.3	按时报送各类卫生健康统计报表，无迟报、漏报、错报，报送数据质量评价良好。	1.未按时完成各类卫生健康统计报表（年报、季报、月报），评审周期内一次减0.05分。 2.未及时完成机构基本信息（统计直报系统）、医师执业资质、处方权限信息（人力资源管理系统）的及时维护，评审周期内发现一次减0.05分。 3.四川省卫生健康综合统计数据采集与决策支持系统中，机构统计数据问题处理率达100%，评审周期内未达标一次减0.05分。 4.四川省卫生健康综合统计数据采集与决策支持系统对病案首页年度质量评分达90及以上，评审周期内未达标一次减0.05分。

五、医学装备管理

标准序号	评审要点	评分方法
（一百五十七）根据国家法律法规及相关规定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理，制定常规与大型医学装备配置方案（2分）。 【标准概述】依据《医疗卫生机构医学装备管理办法》《大型医用设备配置与使用管理办法（试行）》等相关规定，建立完善本机构医学装备管理组织架构，配置专业人员，科学制订常规与大型医学装备配置方案。		
157.1	建立医学装备三级管理体系，成立医学装备委员会，负责对医院医学装备发展规划、年度装备计划、采购活动等重大事项进行评估、论证和咨询，有记录。	1.管理体系不健全减0.2分。 2.无记录减0.1分。 3.记录不完善减0.1分。
157.2	医学装备管理部门根据医院功能和任务需求，配备专人管理和专业技术人员。	未配备专人管理和专业技术人员减 0.1分。
157.3	医疗器械使用科室设立兼职管理人员，负责医疗器械日常管理工作。	未设立兼职管理人员减0.1分。
157.4	有医院医学装备管理制度、工作流程和岗位职责，并执行。	1.未建立制度不得分。 2.未建立相关工作流程减0.2分。 3.未建立岗位职责减0.1分。
157.5	有常规与大型医学装备配置方案。	未制定相关方案减0.2分。
157.6	有医学装备论证、决策、购置、验收、使用、保养、维修、应用分析和更新、处置等相关制度与工作流程，并执行。	1.未建立相关制度减0.3分。 2.未建立工作流程减0.2分。 3.未执行落实减0.1分。

标准序号	评审要点	评分方法
（一百五十八）根据医院功能定位和发展规划，有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价（2 分）。 【标准概述】依据国家对医学装备管理的相关要求，医疗卫生机构应当根据本机构的规模、功能定位和事业发展规划，加强大型医用设备使用、功能开发、社会效益、费用等分析评价工作。		
158.1	有医学装备购置论证相关制度与决策程序，单价在 50 万元及以上的医学装备有可行性论证。	1.未建立相关制度不得分。 2.未建立决策程序减 0.3 分。 3.未进行可行性论证减 0.2 分。
158.2	根据全国卫生系统医疗器械仪器设备分类与代码，建立医学装备分类、分户电子账目，实行信息化管理。	1.未建立分类、分户电子账目减 0.3 分。 2.未实行信息化管理减 0.1 分。
158.3	医学装备档案管理有制度与档案资料，落实档案、账目、账物相符、准确等管理规定。	1.未建立相关制度不得分。 2.未建立档案减 0.3 分。 3.账目、账物不相符、不准确减 0.2 分。
158.4	有医学装备使用评价相关制度。有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。	1.未建立相关制度不得分。 2.无分析评价减 0.2 分。 3.分析评价报告不全减 0.1 分。
（一百五十九）加强医学装备安全管理，有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制（2 分）。 【标准概述】依据《医疗器械临床使用管理办法》等相关规定，设立医疗器械临床使用管理委员会，建立医疗机构及其医务人员使用医疗器械制度并组织实施，对医疗器械使用安全事件进行收集、分析、评价及控制，遵循可疑即报的原则，及时报告。保障医疗器械临床使用的安全、有效。		
159.1	制定并完善本机构医疗器械临床使用全程管理制度，设立医疗器械临床使用管理委员会。	1.未建立制度不得分。 2.未设立委员会减 0.2 分。
159.2	明确相关职能部门、临床科室以及医技科室在医疗器械临床使用管理工作中的职责。	无相关岗位职责减 0.2 分。
159.3	有医学装备临床使用安全控制与风险管理、医疗器械临床使用安全监测和安全事件报告相关制度与流程，并落实。	1.未建立相关制度不得分。 2.未建立相关流程减 0.2 分。 3.未落实执行减 0.1 分。
159.4	发生或者发现医疗器械使用安全事件或者可疑医疗器械使用安全事件的，应及时报告，并立即采取有效措施。	1.未及时报告减 0.2 分。 2.未立即采取有效措施减 0.1 分。
159.5	纳入国家强检范围的医疗器械应获得年度检测证明。	未取得年度检测证明减 0.2 分。
159.6	使用部门和医学装备管理部门对医学装备、医疗器械安全管理有自查，有风险程度分析和使用情况的分析，有记录。	1.无自查记录减 0.1 分。 2.无分析、无记录减 0.1 分。
（一百六十）加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训，为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务（2 分）。 【标准概述】依据国家相关法律法规，强化医疗仪器设备管理和使用人员的培训，为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。		
160.1	有常用仪器、设备和抢救物品使用者培训的制度。	未建立制度不得分。

标准序号	评审要点	评分方法
160.2	每年有培训计划，并开展设备操作人员培训，对培训情况有考核，并有记录。	1.无计划减 0.5 分。 2.无考核减 0.3 分。 3.无记录减 0.2 分。
160.3	医疗装备部门为临床使用的医疗器械提供技术支持、业务指导、安全保障与咨询服务。	未提供相关服务减 1 分。
（一百六十一）建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范，对用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态，建立全院应急调配机制（2 分）。 【标准概述】依据《医疗卫生机构医学装备管理办法》等法律法规，医疗卫生机构应当保障医学装备处于完好状态，制定生命支持类、急救类医学装备应急预案，保障紧急救援工作需要。		
161.1	建立保障医学装备的管理制度、规范。	
161.1.1	有医学装备管理相关制度和规范。有全院装备配置和使用情况清单。	1.未建立相关制度不得分。 2.无流程减 0.1 分。 3.无清单减 0.05 分。
161.1.2	有使用部门和医学装备管理部门对医学装备保障情况的登记资料。	无登记资料减 0.05 分。
161.1.3	医学装备部门对医学装备故障维修情况有分析报告，并提出整改措施。	1.无分析报告减 0.1 分。 2.无整改措施减 0.1 分。
161.2	用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态。	
161.2.1	有急救类、生命支持类医学装备应急预案，保障紧急救援工作需要。	无预案减 0.2 分。
161.2.2	各科室急救类、生命支持类装备时刻保持待用状态。	现场检查未保持待用状态减 0.2 分。
161.2.3	主管部门对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况进行实时监管。	无监管减 0.2 分。
161.3	建立全院保障医学装备应急调配机制。	
161.3.1	建立的应急管理程序，装备故障时有紧急替代流程。	1.未建立程序减 0.2 分。 2.未建立流程减 0.2 分。
161.3.2	优先保障急救类、生命支持类装备的应急调配。	未做到减 0.2 分。
161.3.3	医务人员知晓医疗装备应急管理与替代程序。	抽问 1-3 名医务人员是否知晓相关内容。每 1 例知晓内容低于 50%减 0.2 分，知晓内容低于 75%减 0.1 分。
161.3.4	主管部门对医学装备应急调配有演练。	无演练记录减 0.2 分。
（一百六十二）依据国家相关规定，加强对医用耗材的溯源、不良事件监测与报告的管理（2 分）。 【标准概述】依据《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》相关规定，建立医用耗材临床应用管理、质量安全事件报告、不良反应监测、重点监控、超常预警和评价制度，对医用耗材的采购、储存、使用、追溯、监测、评价、监督等全过程进行有效组织实施与管理，以促进临床科学、合理使用医用耗材的专业技术服务和相关的医用耗材管理工作。		
162.1	建立医用耗材临床应用管理、质量安全事件报告、不良反应监测、重点监控、超常预警和评价制度。	未建立相关制度不得分。

标准序号	评审要点	评分方法
162.2	医用耗材的采购记录有管理，可追溯到每批产品的进货来源。	产品不能溯源减 0.5 分。
162.3	建立医用耗材出入库验收制度。	未建立耗材出入库验收制度不得分。
162.4	建立医用耗材档案管理。	无耗材档案管理减 0.2 分。
162.5	有医用耗材使用不良事件报告与监测管理流程，并执行。	1.无相关管理流程减 0.2 分。 2.未执行减 0.1 分。
162.6	医务管理部门负责本单位医用耗材监测与评价工作。	未开展监测与评价减 0.2 分。
（一百六十三）医学装备部门与使用部门共同管理医学装备，医学装备部门建立质量安全小组，使用部门将医学装备纳入科室管理（2 分）。 【标准概述】依据《医疗卫生机构医学装备管理办法》等法律法规，建立医学装备质量安全管理小组，设立使用科室（或部门）专职或兼职人员，实施医学装备质量安全管理。		
163.1	医学装备部门建立由部门负责人、使用科室（部门）和相关设备技术人员共同组成的质量安全管理小组，管理全院医疗设备使用和安全管理。	1.未建立小组减 0.5 分。 2.无小组定期活动记录减 0.2 分。
163.2	医学装备使用科室（或部门）设专职或兼职人员管理科室医学装备，并接受基本技能培训。	1.未设专职或兼职人员减 0.3 分。 2.未接受培训减 0.2 分。
163.3	医学装备部门定期到科室巡视检查医学装备，分析、评估医学装备管理、维修和报废等管理过程中存在问题，有反馈记录和分析评估总结。	1.未定期巡视检查减 0.3 分。 2.无反馈记录减 0.3 分。 3.无分析评估总结减 0.2 分。

六、后勤保障管理

标准序号	评审要点	评分方法
(一百六十四)有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要，注重员工合理需求（2 分）。 【标准概述】按照医院的功能与任务，健全的后勤保障管理组织、有规章制度与人员岗位职责。坚持“以患者为中心”服务理念，后勤保障设备设施及服务要求满足医疗服务流程需要，注重员工合理需求。		
164.1	后勤保障管理组织机构健全，规章制度完善，人员岗位职责明确。	1.后勤保障组织机构不健全减 0.3 分。 2.规章制度不健全减 0.5 分。 3.人员岗位职责不健全减 0.2 分。
164.2	后勤职能部门具有方便患者、服务临床一线的实际举措。	服务措施不健全减 0.5 分。
164.3	后勤职能部门具有收集员工诉求的渠道和措施；根据员工合理需求推动解决工作制度。	1.收集渠道和措施不完善减 0.3 分。 2.解决员工合理需求工作不到位减 0.2 分。
（一百六十五）后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗，按技术操作规程工作（2 分）。 【标准概述】按照国家有关安全生产和特种设备的法律法规，特种设备的维护、保养、安装、改造、维护、操作必须由有资质的单位或有特种作业操作证的人员按技术操作规程进行。		

标准序号	评审要点	评分方法
165.1	严格执行国家有关安全生产和特种设备的法律、法规的规定，建立部门特种设备及人员操作管理制度，保证特种设备的安全使用。	1.无相关管理制度不得分。 2.人员未取得特种设备操作证上岗作业不得分。
165.2	特种设备的维护、保养、安装、改造、维护、操作必须由有资质的单位或有特种作业操作证的人员进行。	无资质的单位或无相应资质人员操作减0.5分。
165.3	管理部门要建立特种设备技术档案，内容包括：特种设备的产品合格证明，使用维护证明书等文件及安全技术资料的设备的定期检验和自查记录；设备运行故障和事故记录。	1.未建立档案减0.5分。 2.特种设备维护、保养、安装、改造、维护记录、档案不完整减0.2分。
165.4	未经定期检验或检验不合格的特种设备，不得继续使用。	电梯、锅炉等特种设备未取得定期检验合格证违规使用不得分。
（一百六十六）控制与降低能源消耗，水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要（2分）。 【标准概述】按照《医院建筑能耗监管系统建设技术导则（试行）》《医院建筑能耗监管系统运行管理技术导则（试行）》《绿色医院建筑评价标准》等要求，依据医院规划发展，切实控制与降低能源消耗，水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。		
166.1	建立控制与降耗制度。	未建立制度不得分。
166.2	提高水、电、气等能源利用效率，规划建立高效保障医院用能需要的工作举措。	无工作举措减0.5分。
166.3	控制与降低能源消耗，有具体可行的措施与控制指标。	1.无措施减0.5分。 2.无控制指标减0.2分。 3.近三年节能用能指标不达标减0.3分。
166.4	后勤职能部门物资供应切实服务临床一线，确保医院医疗运行实际需要。	服务措施不健全、物资供应保障不力减0.5分。
（一百六十七）为员工提供膳食服务，保障饮食卫生安全（2分）。 【标准概述】医院为员工提供膳食服务，按照相关食品卫生法规，保障饮食卫生安全。		
167.1	医院有组织机构负责为员工提供膳食服务，建立健全食品卫生安全管理制度和岗位职责。	1.未提供膳食服务不得分。 2.未建立相关规章制度不得分。 3.未履行岗位职责减0.3分。
167.2	食品加工过程现场符合卫生管理要求。	食品加工现场卫生不达标减0.3分。
167.3	食品原料采购与仓储规范符合要求。	食品原料采购及仓储不达标减0.3分。
167.4	执行食品留样制度。	1.未建立制度不得分。 2.未执行食品留样减0.5分。 3.食品留样管理有缺陷减0.3分。
167.5	有食品中毒事件应急预案及演练记录。	1.未建立食品中毒预案减0.2分。 2.未定期演练减0.2分。 3.无演练总结减0.2分。
167.6	定期收集员工对膳食服务的意见并持续改进。	未定期收集意见并持续整改减0.2分。
（一百六十八）医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。污水管理和处置符合规定（2分）。 【标准概述】按照国家相关规定，医疗废物、废液管理符合医院感染管理，污水管理和处置符合规定。		

标准序号	评审要点	评分方法
168.1	建立健全医疗废物、废液和污水处理管理规章制度和岗位职责。	1.未建立相关管理制度不得分。 2.未建立岗位职责减 0.5 分。
168.2	医院从业工作人员安全防护符合规定。	1.从业人员未接受培训减 0.2 分。 2.无安全防护设施减 0.3 分。
168.3	医疗废物、废液及污水处理设备设施运行符合相关规定。	1.无合格的医疗废物/废液处置协议或无污水排放许可证不得分。 2.医疗废物/废液、污水处理设备设施有运行故障减 0.5 分。
168.4	根据国家相关规定，进行医疗废物、废液和污水处理相关监督、检查，推进在线医疗废物监测平台建设运维。	1.未建立医疗废物处理在线监测平台减 0.2 分。 2.未按要求进行污水监测减 0.5 分。
(一百六十九)安全保卫组织健全，制度完善。安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施，监控室符合相关标准（2 分）。 【标准概述】根据《企事业单位内部保卫条例》《关于加强医院安全防范系统建设的指导意见》相关要求，设置安全管理机构，配备专（兼）职安全管理人员，人防、物防、技防配备及人员岗位设置合理；在门急诊大厅、重点要害部位、案件易发部位、主要进出口等场所应设置 24 小时值守的执勤点位，并配备通讯、防护工具。		
169.1	安全保卫组织健全，制度完善；保卫科人员配备结构合理，岗位职责明确。	
169.1.1	建立安全管理领导小组明确领导小组工作管理职责。	未设置安全管理领导小组减 0.1 分。
169.1.2	有安全保卫管理部门，人员配备合理，岗位职责明确。	1.无安保部门减 0.2 分。 2.人员配备不合理减 0.05 分。 3.岗位职责不明确减 0.05 分。
169.1.3	安全管理机构人员接受安全管理相关培训，具备相应的安全知识和管理能力。	1.未接受培训减 0.1 分。 2.培训记录不完整减 0.1 分。
169.1.4	有全院安全保卫部署方案和管理制度，医务人员人身安全有相关制度和保障措施。	1.无方案减 0.05 分。 2.未建立相关制度不得分。 3.无保障措施减 0.1 分。
169.2	安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施，监控室符合相关标准。	
169.2.1	建立完善入侵报警系统、视频监控系统、出入口控制系统和电子巡查系统。	未建立完善四个系统（每一项）减 0.1 分。
169.2.2	重点部位安装带有 200 万以上像素高清彩色摄影机的视频监控装置。	未安装 200 万以上像素高清彩色摄影机的减 0.1 分。
169.2.3	医院的供水、供电、供气、供氧中心，计算机数据中心，安全监控中心，财务室，档案室（含病案室），大中型医疗设备、血液、药品及易燃易爆物品存放点，各出入口和主要通道均要安装视频监控装置。	视频监控装置有安装点遗漏减 0.1 分。

标准序号	评审要点	评分方法
169.2.4	医院门卫室、各科室、重点要害部位要安装一键式报警装置，并与医院安全监控中心联网。	1.未安装一键式报警装置减 0.05 分。 2.未与医院安全监控中心联网减 0.1 分。
169.2.5	视频监控室符合相关标准，有管理制度，有完整的监管记录和维护记录，并执行。	1.未建立制度不得分。 2.无相关记录减 0.1 分。 3.记录不全减 0.05 分。
169.3	合理使用视频监控资源。	
169.3.1	有视频监控资源和使用制度与程序。	1.未建立制度不得分。 2.未建立程序减 0.1 分。
169.3.2	有视频监控资源使用审批和使用记录。	无记录减 0.1 分。
169.3.3	视频监控保存不少于 90 天，时差不能超过 30 秒。	视频监控保存时间及时差未达标（每一项）减 0.1 分。
(一百七十)医院消防系统、特种设备、危险品管理符合国家相关法律法规和标准（2 分）。 【标准概述】贯彻《国务院关于加强和改进消防工作的意见》，按照《中华人民共和国安全生产法》《中华人民共和国特种设备安全法》《中华人民共和国危险化学品安全法》以及《医疗卫生机构灾害事故防范和应急处置指导意见》要求，切实做好各项防范和应急处置工作。		
170.1	贯彻落实《中华人民共和国消防法》《医疗机构消防安全管理九项规定》相关规定与要求，做好消防安全管理。	
170.1.1	实行“党政同责、一岗双责”制度，建立逐级消防安全责任制。	1.未实行相关制度不得分。 2.未建立责任制减 0.05 分。
170.1.2	医疗机构党政领导班子每年专题研究消防安全工作不少于 1 次，带队检查消防安全每年不少于 2 次。	未达到要求减 0.05 分。
170.1.3	有消防安全管理部门和管理人员岗位职责，科室消防安全职责管理落实到人。	1.未建立管理部门减 0.1 分。 2.无岗位职责减 0.05 分。 3.未落实到人减 0.05 分。
170.1.4	实行《消防安全责任制实施办法》，有消防安全管理制度、培训制度和应急预案；开展年度、季节性、专项检查等，每年至少进行一次消防安全重点部门的消防演练，每月至少组织一次消防安全检查，有记录。	1.未建立相关制度不得分。 2.无预案减 0.1 分。 3.未按要求检查减 0.05 分。 4.未按期演练减 0.05 分。
170.1.5	消防通道通畅，防火器材（灭火器、消防栓等）完好。重点部门、重要部位防范有监管，有记录。	1.消防通道不通畅减 0.05 分。 2.监管无记录减 0.05 分。
170.1.6	至少每年一次进行全院职工的消防安全教育，全体职工熟悉消防安全常识，掌握基本消防安全技能。	1.未按期进行教育减 0.05 分。 2.职工不熟悉消防安全常识，未掌握基本消防安全技能减 0.1 分。
170.2	贯彻落实《中华人民共和国特种设备安全法》，加强特种设备管理。	
170.2.1	有特种设备管理的相关制度、操作规范和岗位职责。	缺一项减 0.1 分。
170.2.2	有专人负责，相关人员持证上岗，有相关操作记录；有培训及三级安全教育卡。	1.无专人负责减 0.05 分。 2.相关人员未持证上岗减 0.05 分。 3.无相关操作记录减 0.05 分。 4.无培训及三级安全教育卡减 0.1 分。

标准序号	评审要点	评分方法
170.2.3	有维护、维修、验收记录。	无相关记录减 0.1 分。
170.2.4	特种设备有明显的使用登记和有特种设备检验机构出具的有效的检验合格标志，并粘贴在《使用登记证》上。	未按要求管理减 0.05 分。
170.3	贯彻落实《危险化学品安全管理条例》，加强危险品的管理。	
170.3.1	有危险品安全管理部门、制度和岗位职责。	1.未建立相关制度不得分。 2.无岗位职责减 0.1 分。
170.3.2	有完整的危险品采购、使用、消耗等登记资料，账物相符。	1.无相关登记减 0.1 分。 2.账物不相符减 0.1 分。
170.3.3	有全院的危险品种类与目录清单，设专用的存储场所，有危险品库或专用储存柜，由专人负责管理。	1.无清单减 0.05 分。 2.未设专用的存储场所，无危险品库或专用储存柜减 0.1 分。
170.3.4	实行双人收发、双人保管制度。有危险化学品出入库登记记录，包括时间、名称、规格型号、数量及余量、领取人等内容。	1.无相关制度不得分。 2.出入库登记记录不全减 0.1 分。 3.账物不相符减 0.1 分。
170.3.5	有危险化学品事故应急预案。	无预案减 0.05 分。
（一百七十一）为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境，符合爱国卫生运动相关要求，美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求（2 分）。 【标准概述】按照国家爱国卫生运动要求，为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境，美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。		
171.1	医院环境符合爱国卫生运动要求，美化、绿化、硬化达到医院环境标准要求，做到清洁、温馨、舒适。	1.不符合爱国卫生运动要求减 0.5 分。 2.医院环境卫生不达标减 0.5 分。
171.2	执行爱国卫生运动达标标准，其中“四害”密度控制在国家规定的标准范围内。	医院“四害”密度控制不达标减 0.5 分。

七、应急管理

标准序号	评审要点	评分方法
(一百七十二)成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统，落实责任，建立并不断完善医院应急管理的机制（2 分）。 【标准概述】建立健全医院应急管理组织和应急指挥系统，负责医院应急管理工作。		
172.1	建立有健全的医院应急管理组织和应急指挥系统，分工明确，职责清晰，流程合理。	
172.1.1	有医院应急工作领导小组和应急指挥系统，院长是医院应急管理的第一责任人。	1.未成立医院应急工作领导小组和建立医院应急指挥系统不得分。 2.未明确医院应急管理第一责任人减 0.2 分。
172.1.2	有明确的主管职能部门负责日常应急管理工作，有各部门、各科室负责人在应急工作中的具体职责与任务。	1.无明确的主管职能部门负责日常应急管理工作减 0.2 分。 2.各负责人职责、任务不明确减 0.1 分。
172.1.3	医院总值班有应急管理的明确职责和流程。	无明确的职责和应急管理流程减 0.2 分。

标准序号	评审要点	评分方法
172.1.4	有应急队伍，人员构成合理，职责明确。	1.未建立应急队伍减 0.3 分。 2.人员构成不合理，未能覆盖应急反应各个方面或职责不明确减 0.2 分。
172.2	建立并不断完善医院应急管理的机制。	
172.2.1	有院内、外和院内各部门、各科室间的协调机制，有明确的协调部门和协调人。	无明确的协调部门、协调人和相应的协调机制减 0.2 分。
172.2.2	有应急演练或应急实践总结分析，对应急指挥系统的效能进行评价，持续改进应急管理工作。	无总结分析、效能评价及改进措施减 0.2 分。
172.2.3	有信息报告、发布相关制度及新闻发言人制度，根据法律法规和有关部门授权履行信息发布。	1.未建立相关制度不得分。 2.未严格履行相关制度减 0.2 分。
(一百七十三)明确医院需要应对的主要突发事件策略，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力（2 分）。 【标准概述】开展灾害脆弱性分析，明确医院需要应对的主要突发事件及应对策略并编制各类应急预案。		
173.1	开展灾害脆弱性分析，明确医院需要应对的主要突发事件及应对策略。	
173.1.1	组织开展灾害脆弱性分析，明确应对的重点，并对突发事件可能造成的影响以及医院的承受能力进行系统分析，提出加强医院应急管理的措施。	1.未开展灾害脆弱性分析减 0.3 分。 2.未根据灾害脆弱性分析明确应对的重点，并提出相应措施减 0.3 分。
173.1.2	定期进行灾害脆弱性分析，调整应对的重点。	未定期进行灾害脆弱性分析，动态调整应对重点减 0.2 分。
173.2	编制各类应急预案。	
173.2.1	根据灾害脆弱性分析的结果制定医院应对各类突发事件的总体预案和专项预案。	1.未制定医院应对各类突发事件的总体预案和专项预案不得分。 2.在预案中未明确部门、人员职责以及应急反应行动程序减 0.3 分。
173.2.2	有节假日及夜间应急相关工作预案，配备充分的应急处理资源，包括人员、应急物资、应急通讯工具等。	1.未制定相关工作预案不得分。 2.未配备充分的应急处理资源减 0.3 分。
173.2.3	编制医院应急预案手册，并开展培训与教育。	1.未编制医院应急预案手册不得分。 2.未开展相关培训与教育减 0.3 分。
173.2.4	定期并及时修订总体预案和专项预案，持续完善。	未定期及时修订完善预案减 0.3 分。
(一百七十四)开展应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力（2 分）。 【标准概述】开展全员应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。		
174.1	开展全员应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。	
174.1.1	医院制定有应急技能培训及考核计划。	1.未制定年度计划减 0.3 分。 2.计划内容不完整减 0.1 分。
174.1.2	定期对各级各类人员进行应急相关法律、法规、预案及应急知识、技能和能力的培训，组织考核。	未按计划落实培训或考核减 0.1 分。
174.1.3	培训考核的内容涵盖了本地区、本院需要应对的主要公共突发事件。	培训、考核内容不全面减 0.1 分。

标准序号	评审要点	评分方法
174.1.4	各科室（部门）每年至少组织一次系统的应急演练。	抽查 2-3 个部门与科室: 1 个部门未组织应急演练减 0.1 分。
174.1.5	开展各类突发事件的总体预案和专项预案应急演练。	未组织应急演练减 0.1 分。
174.1.6	主管部门对培训和演练中存在的问题有检查与监管。	未进行检查减 0.1 分。
174.2	医院有停电事件的应急对策。	
174.2.1	医院有停电的总体对策，主管部门及重点科室有应急预案。	1.无对策及预案减 0.2 分。 2.应急预案不完善减 0.1 分。
174.2.2	明确应急供电的范围、实施应急供电的演练，确保手术室、ICU 等主要场所应急用电。	未组织应急演练减 0.1 分。
174.2.3	供电部门 24 小时值班制，交接班记录完整。停电及应急处理记录完整，记录时间精确到分，有处理人员的签名。	1.未 24 小时值班减 0.1 分。 2.记录不完整、不准确减 0.1 分。
174.2.4	对本院配置的应急发电装置与线路要定期进行检查维护和带负荷试验，并有记录。	未进行检查或带负荷试验减 0.1 分。
174.2.5	定期检查接地系统，对手术室、ICU、以及科室大型设备、计算机网络系统等重要部门的接地有常规维护记录。	1.未进行检查减 0.1 分。 2.未进行重点科室常规维护减 0.1 分。
174.2.6	主管部门定期检查与监管。	未进行检查减 0.1 分。
(一百七十五)合理进行应急物资和设备的储备(2 分)。 【标准概述】制定应急物资和设备储备计划,且有严格的管理制度及审批程序,有适量应急物资储备,有应对应急物资设备短缺的紧急供应渠道。		
175.1	有应急物资和设备的管理制度。	无应急物资和设备的管理制度不得分。
175.2	有应急物资和设备的储备计划。	无应急物资和设备的储备计划减 0.3 分。
175.3	有应急物资和设备的紧急供应保障措施。	无应急物资和设备的紧急供应保障措施减 0.3 分。
175.4	有应急物资和设备的审批程序。	无应急物资和设备的审批程序减 0.5 分。
175.5	有必备物资储备目录。	无必备物资储备目录减 0.3 分。
175.6	有应急物资和设备的使用登记。	无应急物资和设备的使用登记减 0.2 分。
175.7	有职能部门对应急物资和设备储备检查记录。	无职能部门对应急物资和设备储备检查记录减 0.2 分。
175.8	应急物资和设备储备管理能够满足医院应急需求。	应急物资和设备储备未能满足医院应急需求减 0.2 分。

八、科研教学与图书管理

标准序号	评审要点	评分方法
(一百七十六)有鼓励全员参与科研工作的制度和办法，促进科研成果向临床应用转化，并提供适当的经费、条件、设施和人员支持(2分)。 【标准概述】科研工作的目的是促进科研成果向临床应用转化，医院应当建立科研工作的管理制度和办法，有鼓励全员参与的措施并落实，提供适当的经费、条件、设施和人员支持。		
176.1	医院有科研工作管理制度。有鼓励医务人员参与科研工作的具体措施。	1.未建立制度不得分。 2.措施不完善减0.3分。
176.2	医院有专门部门和人员对医务人员参与科研工作进行管理，有监管，有追踪、有评估。	1.无专职人员减0.3分。 2.无追踪和评估减0.3分。
176.3	医院有相应的科研条件与设施，有科研支持基金或鼓励性经费落实。	1.未具备相应的科研条件或设施减0.2分。 2.经费未落实减0.5分。
176.4	医院有省级重点学科或省级重点实验室或省级重点临床专科不少于5个。	差一个减0.3分。
176.5	近三年（含评审当年）有国家自然科学基金或国家科技重大专项或行业专项项目。	无项目减0.1分。
（一百七十七）开展药物、医疗器械临床试验以及研究者发起的临床研究应当符合《药物临床试验质量管理规范》《医疗器械临床试验质量管理规范》等相关规定(2分)。（无资质开展的医院、二级综合医院与专科医院可选） 【标准概述】为保证药物、医疗器械临床试验过程规范，保证数据和结果的科学、真实、可靠，保护受试者的权益和安全，医院应根据《药物临床试验质量管理规范》《医疗器械临床试验质量管理规范》等相关规定，制定并执行相关的管理规定。		
177.1	医院有专门部门和专职人员负责伦理委员会工作，按照《药物临床试验质量管理规范》建立相关书面文件并执行，确保受试者的权益、安全受到保护。	1.无专门部门减0.2分。 2.无专职人员减0.1分。 3.工作文件不完善减0.1分。
177.2	应当建立完整的程序以确保研究者执行临床试验相关职责和功能，产生可靠的数据。	程序不完善减0.2分。
177.3	申办者应当履行管理职责，建立临床试验的质量管理体系，与临床试验内在的风险和所采集信息的重要性相符。	临床试验的质量管理体系不完善减0.2分。
177.4	有保存临床试验必备文件的场所和条件，研究者手册规范完整。	1.场所条件差减0.2分。 2.手册不完整减0.1分。
177.5	医院应当自行或者聘请第三方进行评估，评估符合要求后，在“药物临床试验机构备案管理信息平台”备案。	未备案减0.5分。
177.6	近三年（含评审当年）至少有一项作为发起者的药物、医疗器械临床试验开展，或参与不少于5项药物、医疗器械临床试验开展。	1.未开展项目减0.3分。 2.参与少于5项的，差1项减0.05分。
（一百七十八）开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定(2分)。 【标准概述】遵循科研伦理原则，建立健全受试者保护机制，规范生物医学研究行为，医院在开展涉及人的生物医学研究工作时，必须设立伦理委员会，并采取有效措施保障伦理委员会独立开展伦理审查工作。		

<table>
<tr><th>标准序号</th><th>评审要点</th><th>评分方法</th></tr>
<tr><td>178.1</td><td>医院伦理委员会的委员由生物医学领域、伦理学、法学、社会学等领域的专家和非本机构的社会人士组成，人数不得少于7人。</td><td>委员组成和人数不合理减0.2分。</td></tr>
<tr><td>178.2</td><td>伦理委员会应当有不同性别的委员，少数民族地区应当考虑少数民族委员。</td><td>委员构成不合理减0.1分。</td></tr>
<tr><td>178.3</td><td>伦理委员会的委员定期接受生物医学研究伦理知识及相关法律法规知识培训。</td><td>未接受培训减0.2分。</td></tr>
<tr><td>178.4</td><td>伦理委员会应当建立伦理审查工作制度或者操作规程，保证审查程序规范、审查过程独立。</td><td>1.未建立制度不得分。
2.无审查程序减0.5分。
3.伦理审查不完善减0.2分。
4.委员会会议记录不全减0.1分。</td></tr>
<tr><td>178.5</td><td>医院应当在伦理委员会设立之日起3个月内向本机构的执业登记机关备案，并在医学研究登记备案信息系统登记。</td><td>未备案和登记减0.5分。</td></tr>
<tr><td>178.6</td><td>项目研究者开展研究应当获得受试者自愿签署的知情同意书；受试者不能以书面方式表示同意时，项目研究者应当获得其口头知情同意，并提交过程记录和证明材料。</td><td>1.受试者未签署知情告知或同意书不得分。
2.知情告知或同意书签署有缺陷减0.2分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">（一百七十九）承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求，并取得相应资质认可(2分)。
【标准概述】加强临床教学基地建设是医学教育发展的客观需要。医院具有必要的临床教学环境和条件，保障“人、财、物”投入，强化医学生临床实践综合能力培养，提高医学教育质量，培养合格医学人才。</td></tr>
<tr><td>179.1</td><td>承担医学院校的部分临床理论教学、临床见习、临床实习和毕业实习任务。</td><td>未承担医学院校教学任务减0.5分。</td></tr>
<tr><td>179.2</td><td>医学院校教学师资、设施设备，符合教育部对教学医院的规定要求。</td><td>不符合相关规定要求减0.2分。</td></tr>
<tr><td>179.3</td><td>有专门部门和专职人员负责临床医学教育工作。</td><td>1.无专门部门负责减0.2分。
2.无专职人员减0.1分。</td></tr>
<tr><td>179.4</td><td>有教学资金投入和保障制度，医院的收入有一定比例用于教学及教学管理人员的教学补贴。</td><td>1.未建立制度不得分。
2.教学补贴未落实减0.2分。</td></tr>
<tr><td>179.5</td><td>医院内、外、妇、儿各科室设置齐全，并有能适应教学需要的医技科室。</td><td>科室不全或不能满足教学需要减0.5分。</td></tr>
<tr><td>179.6</td><td>完成相关临床教学与实习任务，资料完整。</td><td>资料不完整减0.1分。</td></tr>
<tr><td colspan="3">（一百八十）根据临床、教学、科研和管理的需要，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献，开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率(2分)。
【标准概述】图书馆基本设置和藏书数量能满足临床、科研、教学和管理需求，实施支持网上预约、催还、续借和馆际互借，能提供网络版医学文献数据库检索服务。</td></tr>
<tr><td>180.1</td><td>有医学图书馆工作制度和医学图书馆信息服务制度，藏书数量符合要求（包括电子图书）不低于3000册/百名卫技人员。</td><td>1.未建立相关制度不得分。
2.藏书数量达不到减0.5分。</td></tr>
<tr><td>180.2</td><td>提供网络版医学文献数据库检索服务（中文、外文）。</td><td>不能提供网络服务减0.5分。</td></tr>
</table>

九、行风与文化建设管理

标准序号	评审要点	评分方法
（一百八十一）医院应当加强医务人员职业道德教育，弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责(2分)。 【标准概述】医院应把深入推动职业道德教育作为提升医院管理水平,建设医院文化的重要内容，不断强化医务人员的职业理想、职业责任、职业纪律和职业规范，把工作上、制度上的种种要求转化为医务人员的内心信念。		
181.1	有廉洁自律的工作规范和相关制度，有重点岗位、重点人员轮岗机制，尤其对重点部门、重点人员进行廉洁自律及警示教育。	1.未建立相关制度和规范不得分。 2.轮岗未落实减1分。 3.警示教育有缺漏减0.5分。
181.2	有主管部门负责监管，定期进行自查和督查，对存在问题和隐患有分析及反馈，有改进措施，无违规违纪案例。	1.监管不完善减0.5分。 2.有违规违纪案例不得分。
（一百八十二）重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力，逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准(2分)。 【标准概述】围绕“以病人为中心”，培育和塑造医学人文精神，弘扬“敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆”的崇高精神，将注重医疗质量安全根植于医院服务理念与行为中，改善患者就医体验，关怀、服务患者。		
182.1	医院文化建设纳入医院建设发展规划,有医院文化建设方案或计划，定期开展医院文化调研活动。	1.未将医院文化建设纳入医院建设发展规划减0.5分。 2.无医院文化建设方案或计划减0.3分。 3.未进行调研减0.2分。
182.2	有指定部门负责文化建设工作,定期开展对员工医院价值取向的教育和培训,文化建设的落实措施能够体现以病人为中心。	1.无教育培训减0.3分。 2.措施未落实减0.2分。
182.3	采用现代科学技术，为患者提供更加安全、周到的医疗服务。	1.未制定相关措施减0.3分。 2.措施未落实减0.2分。
（一百八十三）执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制(2分)。 【标准概述】为加强医德医风建设，提高医务人员职业道德素质和医疗服务水平，应执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，建立对医务人员规范有效的激励和约束机制，尊重、关爱患者，主动、热情、周到、文明为患者服务。		
183.1	有医德医风管理组织体系、医德医风考评方案和量化标准，有主管部门负责管理，定期对医务人员进行考评、公示,有完整规范的医德考评档案。	1.体系不健全减1分。 2.考评方案有缺陷减0.3分。 3.未建立量化标准减0.5分。 4.未建立医德考评档案减0.5分。 5.档案不完整减0.2分。
183.2	各级各类医务人员和窗口服务人员的岗位职责中，有医德医风的要求，有岗位职责与行为规范的教育培训。医德考评结果在本院内公示，医德考评结果与医务人员的晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效工资、定期考核等直接挂钩。	1.职责不明确减0.2分。 2.无相关教育培训减0.5分。 3.医德考评结果未在本院内公示减0.2分。 4.落实措施不完善减0.2分。

信息公开选项：**主动公开**

抄送：国家卫生健康委医政医管局。

四川省卫生健康委员会办公室　　　　　　　　2021 年 12 月 3 日印发